



ΣΕΕ  
1937

46<sup>ο</sup>

# ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

ΝΑΥΠΛΙΟ

3-5 Σεπτεμβρίου 2009

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ «ΑΜΑΛΙΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

---

Ο αριθμός στον τίτλο κάθε εργασίας, αντιστοιχεί στη σειρά με την οποία αυτή εμφανίζεται στο πρόγραμμα του Συνεδρίου.

Το όνομα του συγγραφέα, ο οποίος θα παρουσιάσει την ανακοίνωση, σημειώνεται με αστερίσκο.

## 1

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΟΒΟΥΡΤΣΑΣ.**

Πολίτης Θ.\*, Αγγελιάκου Θ., Μώκος Κ.  
Από το Κέντρο Υγείας Γυθείου

Η άποψη ότι η οδοντόβουρτσα μπορεί να μόλυνθεί από παθογόνους μικροοργανισμούς, διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Cobb το 1920. Ο ίδιος θεώρησε ως μία από τις αιτίες των επαναλαμβανόμενων μολύνσεων της στοματικής κοιλότητας, τη βακτηριακή μόλυνση της οδοντόβουρτσας. Σκοπός της εργασίας είναι η προσέγγιση του προβλήματος μόλυνσης της οδοντόβουρτσας μετά από κάθε χρήση. Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας, έγινε εκτενής ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας σε ότι αφορά στην αιτιολογία μόλυνσης της οδοντόβουρτσας, των προληπτικών μέτρων κατά της μόλυνσης, καθώς και των μέσων απολύμανσής της. Οι οδοντόβουρτσες μπορούν εύκολα να μόλυνθούν κατά τη χρήση τους. Η συγκράτηση υγρασίας και η παρουσία οργανικών υπολειμμάτων, ευνοούν την ανάπτυξη μικροοργανισμών στην τρίχινη κεφαλή τους. Η συνεχής συσσώρευση μικροοργανισμών οδηγεί στον αποικισμό τους και την εμφάνιση ροίμωξης. Τα συχνότερα είδη παθογόνων μι-

κροοργανισμών που έχουν απομονωθεί είναι: *Acinetobacter spp*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Viridans streptococci*, ενώ σε οδοντόβουρτσες με πηαστικό καπάκι έχουν εντοπισθεί: *Pseudomonas aeruginosa* και *Klebsiella spp*. Η ποσότητα και η ποιότητα των μικροοργανισμών εξαρτάται από τη συχνότητα βουρτσίσματος, το χρόνο χρήσης της οδοντόβουρτσας, τον τρόπο καθαρισμού και διατήρησής της. Η μείωση του μικροβιακού φορτίου επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους τρόπους: χρήση οδοντόκρεμας με ισχυρή αντιμικροβιακή δράση, εμφύσηση της τρίχινης κεφαλής σε αντισηπτικό στοματικό διάλυμα 0,12% chlorhexidine gluconate για 2 ώρες, ή σε Listerine για 20 λεπτά, ή σε διάλυμα sodium hypochlorite 1% για 20 ώρες. Συμπερασματικά, η απολύμανση της τρίχινης κεφαλής της οδοντόβουρτσας πρέπει να γίνεται μετά από κάθε χρήση της. Η κλήση της κεφαλής της με πηαστική θήκη πρέπει να αποφεύγεται, λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης μικροοργανισμών.

## 2

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΧΛΩΡΕΞΙΔΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ.**

Καθαϊτζή Ε.\*, Παμφιλίδης Κ.

Έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι εθιείψει κάποιου αντισηπτικού φαρμάκου στο ριζικό σωλήνα μεταξύ δύο συνεδριών της ενδοδοντικής θεραπείας, πολλαπλασιάζονται τα μικρόβια στους αρχικούς τους αριθμούς. Για την προσωρινή έμφραξη των ριζικών σωλήνων έχουν προταθεί διάφορα αντισηπτικά φάρμακα, με προεξέχον το υδροξείδιο του ασβεστίου. Η ανάγκη όμως για υλικά δραστικά έναντι όλου του φάσματος της μικροβιακής χλωρίδας, οδήγησε τους ερευνητές

στη μελέτη της δράσης της χλωρεξιδίνης. Η χλωρεξιδίνη αποτελεί μία διγουανίνη με αρκετά ισχυρή αντιμικροβιακή δράση. Κατά τη διάρκεια της ενδοδοντικής θεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διακλυσμούς, σαν αντισηπτικό φάρμακο του ριζικού σωλήνα και για απολύμανση υλικών, όπως οι κώνοι γουταπέρκας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χλωρεξιδίνης σαν μέσο αντισηψίας των ριζικών σω-

λήνων. Παράλληλα, εκτίθενται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που εμφανίζει η χρήση της σαν υλικό προσωρινής εμφράξης των ριζικών σωλήνων. Μελετήθηκαν επτά κλινικές εργασίες, δώδεκα εργαστηριακές έρευνες και δύο βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της χλωρεξιδίνης στη μείωση του μικροβιακού φορτίου του ριζικού σωλήνα όταν

χρησιμοποιείται μεταξύ δύο συνεδριών της ενδοδοντικής θεραπείας. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα των ερευνών, αν και αντιφατικά μεταξύ τους, συγκλίνουν στην άποψη ότι η χλωρεξιδίνη συμβάλλει στην αντιμετώπιση της μικροβιακής χλωρίδας των ριζικών σωλήνων, ενώ απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να ενταχθεί η χρήση της σε ένα σαφές πρωτόκολλο ενδοδοντίας.

## 3

### ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.

Νικορόπουλος Γ.\*, Δήμου Ν., Παπαδημόπουλος Δ., Χαμόδρακας Σ., Μπάγκος Π.

**Σκοπός:** Διενέργεια μετα-ανάλυσης για τη διερεύνηση της πιθανής επίδρασης γενετικών πολυμορφισμών {IL-1A C148451T, IL-1A C1-8891T, IL-1B C13953/41T, IL-1B T1-5111C, IL-6 G1-1741C, TNFA G1-3081A} στην εμφάνιση περιοδοντικής νόσου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συστηματική αναζήτηση σχετικών ερευνών σε βάσεις δεδομένων. Εφαρμογή στατιστικών μεθόδων σύνθεσης των επιμέρους αποτελεσμάτων (μοντέλια σταθερών και τυχαίων επιδράσεων).

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση των πολυμορφισμών IL-1A C1-8891T

και IL-1B C13953/41T με την ύπαρξη χρόνιας περιοδοντικής νόσου. Δεν διαπιστώθηκε παρουσία συστηματικού σφάλματος δημοσίευσης ή στατιστικά σημαντικής ετερογένειας.

**Συμπεράσματα:** Η ανεύρεση στατιστικής συσχέτισης των πολυμορφισμών IL-1A C1-8891T και IL-1B C13953/41T με τη χρόνια περιοδοντική νόσο, αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω έρευνας του ρόλου του γονιδιακού παράγοντα στην περιοδοντίτιδα, με σκοπό την ανάπτυξη ενός αξιόπιστου και κλινικά σημαντικού γενετικού τεστ στο προσεχές μέλλον.

## 4

### ΣΙΑΛΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ.

Φάκλαρης Ι.\*, Μακρής Χ., Διαμαντή Σ.

Από το Οδοντιατρικό Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας και το Στοματολογικό Τμήμα του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

Η ενδοσκοπηση των μειζόνων σιαλογόνων αδένων αποδίδει μία ακριβή και καθαρή εικόνα όλου του πόρου του υπό εξέταση αδένου, με τη μικρότερη δυνατή ταλαιπωρία του ασθενή, η οποία εάν απαιτηθεί μπορεί να γίνει και επεμβατική την ίδια στιγμή. Τα αποφρακτικά φαινόμενα, λοιπόν, όπως σιαλόλιθοι, βλεννώδεις πλάκες, στενώσεις, μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση του σια-

λενδοσκοπίου. Στην εργασία περιγράφεται ο τύπος του ενδοσκοπίου που χρησιμοποιήθηκε, τόσο για τη διαγνωστική όσο και για την επεμβατική σιαλενδοσκοπηση, και παράλληλα αναφέρονται οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν. Τα αποφρακτικά φαινόμενα που παρατηρήθηκαν ταξινομούνται ως βλεννώδεις πλάκες και σιαλόλιθοι. Η διαγνωστική σιαλενδοσκοπηση εφαρμό-

στηκε σε όλη τους υπό εξέταση αδένες με 100% επιτυχία. Η επεμβατική σιαληνδοσκόπηση εφαρμόστηκε σε 23 αδένες (2 παρωτίδες και 21 υπογνάθιους) με 75% επιτυχία. Συμπερασματικά η σιαληνδοσκόπηση είναι μία νέα πολυά υποσχόμενη τεχνική, που ανοίγει νέους ορίζοντες στην παθολογία των πόρων των σιαλογόνων αδένων.

Έχει το πλεονέκτημα της πλήρους εξερεύνησης του παροχευτικού δικτύου του αδένα, πρωτευόντων, δευτερευόντων, ακόμα και τριτευόντων διακλαδώσεων αυτού, μειώνοντας έτσι την ανάγκη για τη χειρουργική του εξαίρεση, καθώς και για ακτινολογική του διερεύνηση, προστατεύοντας τον ασθενή από περιττή ακτινοβολία.

## 5

## ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΦΑΤΝΙΑΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.

Σιώχος Κ.\*, Πούλιας Ε., Μετακόπουλος Ι.

Η κάκωση του κάτω φατνιακού νεύρου είναι μία από τις επιπλοκές που αναφέρονται κατά τη χειρουργική τοποθέτηση των εμφυτευμάτων και αφορά κυρίως σε κακή εκτίμηση του μήκους του εμφυτεύματος και κάκωση του νεύρου κατά τη χειρουργική επέμβαση. Από τον προεγχειρητικό ακτινογραφικό έλεγχο υπολογίζεται το μήκος των εμφυτευμάτων που θα χρησιμοποιηθούν, ώστε να εξασφαλιστεί η τοποθέτησή τους 1 έως 2 χιλιοστά το λιγότερο από το άνω τοίχωμα του πόρου του κάτω φατνιακού νεύρου. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς που προσήλθε με αμφοτερόπλευρη αναισθησία στην περιοχή κατανομής των κάτω φατνιακών νεύρων, δύο εβδομάδες μετά από τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Κατά τον έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία, εντοπίστηκαν δύο εμφυτεύματα, ένα στην κάθε πλευρά μέσα στον κάτω φατνιακό πόρο. Άλλο ένα εμφύτευμα φαινόταν να είναι σε επαφή με το νεύρο, ενώ ένα τέταρτο είχε δια-

πυθεί και η ακτινογραφική του εικόνα το έδειχνε κατά σημαντικό του μέρος εκτός οστού. Μετά την άρνηση της ασθενούς να απευθυνθεί στον ιατρό που τοποθέτησε τα εμφυτεύματα για περαιτέρω αντιμετώπιση, αποφασίστηκε η αφαίρεσή τους με τοπική αναισθησία. Αφού αναγνωρίστηκε ο τύπος των εμφυτευμάτων, έγινε η αφαίρεση ατραυματικά, καθώς δεν είχε γίνει ακόμη οστεοενσωμάτωση. Δύο μήνες μετά την αφαίρεση, υπάρχουν ευρήματα ενθαρρυντικά για την αποκατάσταση της αισθητικότητας στην περιοχή κατανομής και των δύο κάτω φατνιακών νεύρων. Η ορθότατη και μεγαλύτερη χρήση εμφυτευμάτων από όχι κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς, μπορεί να οδηγήσει σε παρόμοια περιστατικά με δυσμενείς επιπτώσεις για τον ασθενή. Σε περίπτωση υπαισθησίας ή υποψίας κάκωσης του νεύρου, η αφαίρεση του εμφυτεύματος μπορεί να οδηγήσει σε μερική ή και ολική επαναφορά της αισθητικότητας.

## 6

## ΟΓΚΟΙ ΥΠΕΡΩΑΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Ζανάκης Σ.\*, Ζώταλης Ν., Μούντριχα Α., Καϊτσάς Ε., Κώτση Α., Μαρουδιάς Ν.  
Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας

Ο θόλος της στοματικής κοιλότητας αποτελείται από τη μαθητική και τη σκληρή υπερώα. Στην

περιοχή αυτή μπορούν να αναπτυχθούν καλοήθη και κακοήθη νεοπλασμάτα, προερχόμενα και

από τα τρία β्लाστικά δέρματα. Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναφορά στις διαγνωστικές μεθόδους, κυρίως όμως στους τρόπους αντιμετώπισης των νεοπλασμάτων αυτών, με την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. Κατά την τελευταία οκταετία, στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, αντιμετωπίστηκαν 19 ασθενείς με νεοπλάσματα της υπερώας. Η διαγνωστική διαδικασία περιελάμβανε ηεπτομερές ιστορικό, κλινική εξέταση, αξονική τομογραφία (CT) και παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA). Η μελέτη των περιπτώσεων έδειξε ότι οκτώ από τα νεοπλάσματα ήταν κακοήθη. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 4 υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια, οι 3 εκτός από την αφαίρεση του όγκου υποβλήθηκαν και σε ηεμφαδενικό καθαρισμό, ενώ ένας ασθενής υποβλήθηκε μόνο σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Στους 11 ασθενείς με τα καλοήθη νεοπλάσματα της υπερώας,

εφαρμόστηκε η ολική χειρουργική αφαίρεση των όγκων, με πλέον εκτεταμένα όρια σε 4 από αυτούς, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί ως πλειόμορφα αδενώματα προερχόμενα από τους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες της περιοχής. Σημειωτέον ότι στους όγκους αυτούς η συχνότητα υποτροπής φτάνει έως και 30%. Από την ομάδα των ασθενών με κακοήθη νεοπλάσματα, ένας υπερήλικας ασθενής κατέληξε λόγω μεταστάσεων στον εγκέφαλο. Επίσης, κατέληξε μία ηλικιωμένη ασθενής, η οποία εμφάνιζε εκτεταμένο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα υπερώας σε έδαφος ηεμφώματος και η οποία υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις παρακολουθούνται συνεχώς μέχρι σήμερα και είναι χωρίς υποτροπή. Συμπερασματικά, ο ηεπτομερής προεγχειρητικός έλεγχος με τις κατάλληλες εξετάσεις (CT, FNA κ.ά.) και η εξατομικευμένη σχεδίαση της επέμβασης για τον κάθε ασθενή, έχουν το καλύτερο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα σε αυτή την ομάδα νεοπλασμάτων.

## 7

## Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΙΑΛΟΛΙΘΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΥΣ ΑΔΕΝΕΣ.

Μέγας Β.\*, Ζώταλης Ν., Μούντριχα Α., Παυλίδου Ε., Μαρουδιάς Ν.  
Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος  
του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας

Ο όρος *σιαλολιθίαση* αναφέρεται στο σχηματισμό λίθων στο εκφορητικό σύστημα ή στο παρέγχυμα των σιαλογόνων αδένων. Οι σιαλολιθοί είναι ενασβεστωμένα μορφώματα, αποτελούμενα από άλατα φωσφορικού και ανθρακικού ασβεστίου, πάνω στα οποία βρίσκονται κατά στίβες πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, βηεννοπολυσακχαρίτες, φωσφολιπίδια, μικροοργανισμοί, ξένα σώματα κ.ά. Εντοπίζονται συχνότερα στον υπογνάθιο αδένα και τον εκφορητικό του πόρο (85-90%), στην παρωτίδα (6- 10%) και το υπόλοιπο ποσοστό στους υπογλώσσους και ελάσσονες σιαλογόνους αδένες. Ο σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στην αναγκαιότητα και τις μεθόδους αφαίρεσης των σιαλολιθίων, με ή χωρίς ταυτόχρονη αφαίρεση των πασχόντων σιαλογόνων

αδένων. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 21 ασθενείς με σιαλολιθίαση, 7 άνδρες και 14 γυναίκες, σε ένα σύνολο 50 ασθενών με παθήσεις των σιαλογόνων αδένων. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία οκτώ χρόνια στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας. Στην παρούσα εργασία εφαρμόστηκε ενδοστοματική αφαίρεση των σιαλολιθίων, η εξωστοματική χειρουργική αφαίρεση των λίθων με ταυτόχρονη αφαίρεση του αδένα, ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθός τους, αηλή και τη συνολική κατάσταση του αδένα. Σε οκτώ ασθενείς οι σιαλολιθοί βρίσκονταν στο μέσο και το πρόσθιο τμήμα του εκφορητικού πόρου του αδένα, ήταν αισθητοί στην ψηλάφηση και αφαι-

ρέθηκαν ενδοστοματικά. Στις υπόλοιπες 13 περιπτώσεις οι σιαλόλιθοι δεν ήταν ψηλαφητοί ενδοστοματικά, καθώς βρίσκονταν στο παρέγχυμα ή στην αρχή του εκφορητικού πόρου και αφαιρέθηκαν μαζί με τον πάσχοντα σιαλογόνο αδένα. Συμπερασματικά, η σιαλολιθίαση, ιδίως σε περιπτώσεις μακροχρόνιας απόφραξης, οδηγεί σε μόνιμες ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις, αποδιοργάνωση και ατροφία του σιαλογόνου αδένα. Στις πε-

ριπτώσεις αυτές η συναφαίρεση του λίθου με ολόκληρο τον αδένα είναι αναπόφευκτη. Η διάσωση του σιαλογόνου αδένα σε περίπτωση λιθίασης, αποτελεί βασικό στόχο των σύγχρονων προσεγγίσεων του προβλήματος. Αυτό επιχειρείται με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση και την εφαρμογή λιγότερο επεμβατικών τεχνικών, όπως η ενδοσκοπική αφαίρεση των σιαλολίθων και η λιθοτριψία.

## 8

## ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.

Μαθαγάρης Σ.\*, Γιαννάκης Γ.

Τα βλαστοκύτταρα είναι αρχέγονα, μη εξειδικευμένα κύτταρα, που απαντώνται στους περισσότερους, αν όχι σε όλους τους πολυκύτταρους οργανισμούς. Η ταυτότητά τους έγινε γνωστή με πειράματα που έγιναν στο μυελό των οστών τις δεκαετίες του '50 και '60 σε πειραματόζωα. Έχουν την ικανότητα να αυτοποληθιασισιάζονται, να διαιρούνται και να παράγουν οποιονδήποτε κυτταρικό τύπο. Διαιρούνται μέσω της μίτωσης και σε κάθε διαίρεσή τους, τα κύτταρα που δημιουργούνται έχουν τη δυνατότητα είτε να παραμείνουν βλαστικά, είτε να διαφοροποιηθούν σε πιο εξειδικευμένα κύτταρα του οργανισμού. Στον άνθρωπο, μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο, παράγεται το πρώτο ζυγωτό κύτταρο, το οποίο διαιρείται διαδοχικά σε βλαστομερή. Τα βλαστομερή ονομάζονται και παντοδύναμα (totipotent) βλαστοκύτταρα, λόγω της ιδιότητάς τους να παράγουν το καθένα έναν ολόκληρο οργανισμό. Μετά από 5 έως 6 ημέρες από τη γονιμοποίηση, εμφανίζονται στη βλαστοκύστη τα ολιόδύναμα (pluripotent) βλαστοκύτταρα, τα οποία διαφοροποιούνται σε όλες τις οικογένειες των κυτταρικών τύπων. Τέλος, εμφανίζονται τα πολυδύναμα βλαστοκύτταρα, που

βρίσκονται και στον ενήλικο οργανισμό, και είναι αυτά που ενδιαφέρουν σήμερα την έρευνα της επιστήμης, γιατί αφενός δεν φέρουν το κληρονομικό πρόβλημα της χρήσης εμβρυϊκών βλαστοκυττάρων, και αφετέρου, εκτός της δυνατότητας της διαφοροποίησής τους σε κύτταρα των ιστών προέλευσής τους, μπορούν να δημιουργούν και άλλους ιστούς, όπως π.χ. βλαστοκύτταρα από τον πολφό των δοντιών, επαναπρογραμματίζονται και δημιουργούν νευρικό και μυϊκό ιστό κλπ. Τα δόντια έχουν γενικά περιορισμένη δυνατότητα ανάπλασης και αναγέννησης των ιστών τους. Υπόκεινται σε συνεχείς επιθέσεις μικροβίων, οξέων, συγκληισιακής φθοράς και καταγμάτων, που προκύπτουν στη ζωή ενός ατόμου. Ο συνδυασμός των δυνατοτήτων των βλαστοκυττάρων με τα προβλήματα που υπάρχουν στη χρήση των υλικών της σύγχρονης οδοντιατρικής θεραπείας, που αν και αποτελεσματικά στις αποκαταστάσεις δεν παρουσιάζουν τις ίδιες φυσικομηχανικές ιδιότητες των φυσιολογικών οδοντικών ιστών, μας επιτρέπει να αναλογιστούμε τα οφέλη της τεχνολογίας της αυτόλογης βλαστοκυτταρικής αποκατάστασης των δοντιών και των οδοντικών ουσιών.

## 9

## ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Προύντζος Ν.\*, Παραρά Ε., Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.

Η έγκληση τρίτων γομφίων αποτελεί συχνή παθολογία της στοματικής κοιλότητας, που αφορά πιο πολύ σε νέα άτομα. Η αφαίρεσή τους συνιστάται να γίνεται προληπτικά, δεδομένου ότι με την παραμονή τους αυξάνονται οι πιθανότητες για περιοδοντικά προβλήματα στην περιοχή, βλάβη του γειτονικού δεύτερου γομφίου ή συνωστισμό των προσθίων δοντιών. Η χειρουργική εξαίρεση εγκλειστών σωφρονιστήρων αποτελεί επεμβατική διαδικασία και όπως κάθε χειρουργική πράξη, συνοδεύεται από μετεγχειρητική νοσηρότητα και επιπλοκές. Η βαρύτητα της μετεγχειρητικής πορείας και των πιθανών επιπλοκών διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και ποικίλλουν από περιορισμένο και ηλιγχόμενο άλγος, έως εκτεταμένο οίδημα, σοβαρή ροίμωση ή τρώση του κάτω φατνιακού ή του γλωσσικού νεύρου. Με βάση τα παραπάνω, πολλοί οδοντίατροι είναι πιο συντηρητικοί ως προς τον προγραμματισμό για εξαγωγή ασυμπτωματικών εγκλειστών τρίτων γομφίων και προτιμούν να παρακολουθούν τα δόντια αυτά ακτινογραφικά και να τα εξάγουν εφόσον δημιουργήσουν προβλήματα. Οι πιθανότητες επιπλοκών τόσο από την παραμονή των δοντιών αυτών, όσο και από τη χειρουργική τους εξαίρεση,

είναι απαραίτητο να συνεκτιμώνται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Επιπρόσθετα, οι κλινικοί οδοντίατροι θα πρέπει να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ασθενείς για τα υπέρ και τα κατά κάθε μίας από τις δύο επιλογές (παρακολούθηση ακτινογραφικά ή χειρουργική εξαγωγή), προκειμένου να συμμετέχουν οι ίδιοι ενεργά στη λήψη σχετικής απόφασης. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς γυναίκας, ηλικίας 42 ετών, με κυστική εξεργασία της κάτω γνάθου που σχετιζόταν με τον έγκλειστο 48, τον οποίο είχε παρεκτοπίσει προς τον κλάδο της κάτω γνάθου. Η ασθενής γνώριζε την ύπαρξη του εγκλειστού σωφρονιστήρα από εικοσαετίας. Δεδομένου όμως ότι το έγκλειστο δόντι δεν παρουσίαζε παθολογική ακτινογραφική εικόνα και δεν είχε προκαλέσει συμπτώματα, είχε θεωρηθεί από το θέρποντα μη αναγκαία η εξαγωγή του εκείνη τη χρονική στιγμή. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με χειρουργική εξαίρεση του εγκλειστού 48 και εκπύρνηση της κυστικής εξεργασίας, που ήταν οδοντοφόρος κύστη και γειτνίαζε με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου. Συζητούνται οι ενδείξεις προληπτικής εξαγωγής ασυμπτωματικών εγκλειστών σωφρονιστήρων.

## 10

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ CORNELIA DE LANGE. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Μπούρας Ε.Α., Μπούρας Θ., Κριθιώτης Ν., Μεσσήνη Μ.\*  
Από το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι μία λίγο γνωστή γενετική διαταραχή, που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές αναπτυξιακές ανωμαλίες. Έχει επιπτώσεις στη φυσική και διανοητική ανάπτυξη του ατόμου. Το προβληματικό γονίδιο μπορεί να κληρονομηθεί από οποιονδήποτε γονέα, καθιστώ-

ντας την κληρονομία της διαταραχής αυτοσωμική επικρατή. Η συχνότητα εμφάνισής του είναι 1:10.000-30.000. Σκοπός των αναφορών αυτών είναι: πρώτον η παρουσίαση της γενικής κλινικής εικόνας του συνδρόμου και δεύτερον η οδοντιατρική θεραπεία υπό γενική αναισθησία δύο περι-



πτώσεων με σύνδρομο Cornelia de Lange. Παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό είναι: το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, καθυστερημένη ανάπτυξη και μικρό ανάστημα, νοητική υστέρηση, διαταραχές άκρων, μικροκεφαλία, υπερβολικό τρίχωμα στο σώμα, χαμηλά αυτιά, πρόβλημα στην ακοή και όραση, επιληψία, στοιχεία αυτισμού κ.ά. Η πρώτη περίπτωση αφορά σε κορίτσι ηλικίας 17 χρόνων. Προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης για οδοντοθεραπεία. Διαπιστώθηκαν, πλην των χαρακτηριστικών του συνδρόμου, κακές διατροφικές συνήθειες και απουσία στοματικής υγιεινής. Η κλινική εικόνα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς εμφάνιζε δόντια μικρά, χωροκατανεμημένα με ευρύ διάστημα μεταξύ των, ούλη οιδηματώδη, υπερώα υψηλή θοηωτή. Η δεύτερη περι-

πτωση αφορά σε αγόρι ηλικίας 15 χρόνων που προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά για οδοντοθεραπεία. Η κλινική εικόνα των ευρημάτων των δύο περιπτώσεων του συνδρόμου ήταν σύμφωνη με την αναφερόμενη στη διεθνή βιβλιογραφία. Η οδοντοθεραπεία έγινε με γενική αναισθησία, η οποία ήταν η μοναδική λύση λόγω μη συνεργασίας των ασθενών συνεπεία της συνύπαρξης νοητικής υστέρησης με στοιχεία αυτισμού και επιθετικής συμπεριφοράς. Οι περιπτώσεις με σύνδρομο Cornelia de Lange, που παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα νοητικής υστέρησης, συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού και αυτιστικών στοιχείων, θα πρέπει να εξετάζονται ως ασθενείς υποψήφιοι για θεραπεία υπό γενική αναισθησία.

## 11

## ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΦΑΤΝΙΑΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ.

Μεττάκουπος Ι., Σιώχος Κ.\*, Σοθδάτος Ν.

Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου καθίσταται πολήές φορές δύσκολη, όταν δεν υπάρχει επαρκές ύπος οστού, λόγω του κινδύνου τραυματισμού του κάτω φατνιακού νεύρου. Έχουν περιγραφεί διάφορες μέθοδοι αύξησης του ύπους της φατνιακής ακρολοφίας με οστικά μοσχεύματα ή με μετατόπιση του κάτω φατνιακού νεύρου. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή τεχνικών αντιμετώπισης παρόμοιων περιπτώσεων με μετάθεση του κάτω φατνιακού νεύρου, ώστε να γίνει δυνατή η τοποθέτηση εμφυτευμάτων ικανοποιητικού μήκους για αποκατάσταση οπίσθιας νωδότητας. Οι επεμβάσεις αυ-

τές είναι δύσκολες τεχνικά, αλλή μπορούν να γίνουν με ασφάλεια από κατάλληλα εκπαιδευμένους Στοματικούς και Γναθοπροσωπικούς Χειρουργούς. Πλεονεκτούν των μοσχευμάτων, καθώς η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων είναι άμεση, υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος ροίμωξης και δεν υπάρχει κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται η δυσκολία της επέμβασης, ή πιθανότητα υπαισθησίας του κάτω φατνιακού νεύρου, και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων χαμηλότερα από το ιδανικό ύπος στη φατνιακή ακρολοφία.

## 12

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DANDY-WALKER.**

Μεσσήνη Μ.\*, Καραϊνδρου Α., Κουτσούκος Ι., Ζερβού-Βάλη Φ.

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα και Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

Το σύνδρομο Dandy-Walker αποτελεί γενετική ανωμαλία σποραδική, με συχνότητα 1:25.000-35.000 γεννήσεις, η οποία προσβάλλει κυρίως θήλεις. Χαρακτηρίζεται από αγενεσία ή υποπλησία του παρεγκεφαλιδικού σκώληκα, κυστική διάταση της τέταρτης κοιλίας και μεγέθυνση του οπισθίου βόθρου. Στις εκδηλώσεις συγκαταλέγονται υδροκεφαλία, σπαστικότητα, νοητική υστέρηση και απώλεια συντονισμού των μυών, εξ αιτίας των οποίων ασθενείς με σύνδρομο Dandy-Walker κατά κανόνα δεν μπορούν να συνεργασθούν και χρειάζονται οδοντική θεραπεία με γενική αναισθησία. Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει την παρουσίαση της οδοντιατρικής αντιμετώπισης ασθενούς με σύνδρομο Dandy-Walker. Ο ασθενής, άνδρας ηλικίας 17 ετών, με σύνδρομο Dandy-Walker, προσήλθε στο Τμήμα και Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ» για οδοντιατρική θεραπεία. Ανήκε στην τρίτη κατηγορία της ασθένειας και παρουσίαζε νοητική υστέρηση, βαριά ψυχοκινητική καθυστέρηση, κύφωση, ήταν καθηλωμένος, είχε εκδηλώσει επιληπτική κρίση και ως εκ τούτου δεν μπορούσε να

συνεργαστεί. Έτσι, αποφασίσθηκε να αντιμετωπισθεί με γενική αναισθησία, η οποία έγινε σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες. Κατά την επέμβαση παρατηρήθηκαν υψηλή και στενή υπερώα, μεγάλα δόντια με αποκλίνουσες ατελώς διαπλισμένες ρίζες και υπενασβεστίωση. Τα υπόλοιπα κλινικά ευρήματα περιελάμβαναν μη φυσιολογικό σχήμα προσώπου, μακριά ληπτά δάκτυλα, υποτονικό άνω χείλος και δερματογραφισμό. Τα περισσότερα ευρήματα συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αντιμετωπίστηκαν όλες οι οδοντοστοματολογικές του ανάγκες, δηλαδή πραγματοποιήθηκαν εννέα εμφράξεις, τέσσερις εξαγωγές, θεραπεία ουλίτιδας, φθορίωση και αφαιρέθηκε μία επουλίδα. Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή κατά τη γενική αναισθησία και την επέμβαση. Συμπερασματικά, ασθενείς με σύνδρομο Dandy-Walker συχνά χρήζουν οδοντικής θεραπείας με γενική αναισθησία, η οποία, με την τήρηση των ενδεδειγμένων κανόνων, αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης όλων των οδοντοστοματολογικών τους αναγκών σε μία συνεδρία.

## 13

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ  
ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΦΡΙΚΗΣ.**

Πιτσάκης Ι.

Σε πολλές χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου η πρωτοβάθμια περίθαλψη, περιλαμβανομένης της οδοντιατρικής, είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Τα οδοντοφατνιακά αποστήματα αποτελούν, δυστυχώς, μία δυσανάλογα μεγάλη αιτία επιπλοκών, ακόμα και θανάτων. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων αναπτυσσόμενων κρατών, σε διαφορετικά μέρη της

Γης, με διαφορετικές συνθήκες, τα οποία προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης με τη βοήθεια Βρετανικών ΜΚΟ. Στην εργασία παρουσιάζεται η προσπάθεια παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης σε αγροτικές περιοχές της Τανζανίας, μέσω της εκπαίδευσης ατόμων, υγειονομικών υπαλλήλων χωρίς ιατρική ή οδοντιατρική παιδεία, στην

εκτέλεση ορισμένων οδοντιατρικών πράξεων. Συγκεκριμένα, γίνεται εκπαίδευση από οδοντιάτρους και νοσοκόμες της ΜΚΟ, σε μη ιατρούς υπαλλήλους τοπικών υγειονομικών οργανισμών, οι οποίοι έχουν ήδη εκπαιδευτεί σε πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς και παραπομπές σοβαρών περιστατικών. Η εκπαίδευση αφορά στην εκμάθηση τεχνικών τοπικής αναισθησίας και εξαγωγής δοντιών με τη χρήση του βασικού σετ εργαλείων του ΠΟΥ, καθώς και στην ασφαλή αποστείρωσή του σε συνθήκες έλλειψης ηλεκτρικού ρεύματος.

Η εφαρμογή προγραμμάτων αυτού του τύπου δείχνει συστηματικά τη σημαντική βελτίωση πρόσβασης του πληθυσμού σε έστω και ελάχιστα εκπαιδευμένο προσωπικό και όχι στον τοπικό μάγο και τη σημαντική μείωση σοβαρών επιπλοκών από οδοντοφατνιακά αποστήματα. Συμπερασματικά, τι είναι η οδοντιατρική; Το ένα χιλιοστό της μεσοδόντιας θηλής, οι πάληευκες όψεις πορσελιάνης και το Hollywood smile, ή ένας συνάνθρωπος χωρίς τον πόνο που τον ταλαιπωρούσε για μήνες και ένα χαμογελαστό παιδί;

14

## ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ. ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΟΡΟΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΑΛΙΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ.

Αχιλλιάδης Α.\*, Καμπέρου Μ., Νικοηοπούλου Β., Χατζηπανώρια Γ., Τζέρμπος Φ.

Μέχρι το 2005 η οδοντογενής κερατινοκύστη ανήκε, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO - 1992), στις επιθηλιακές κύστεις και ειδικότερα στις οδοντογενείς αναπτυξιακές. Παράγοντες ιστοπαθολογικοί, γονιδιακοί και κυρίως συμπεριφοράς, που προέκυψαν από μελέτες των τελευταίων ετών σχετικά με την κερατινοκύστη, οδήγησαν τον WHO στην επαναταξινόμησή της στους καλοήθεις επιθηλιακούς οδοντογενείς όγκους χωρίς ενεργοποίηση του μεσεγχύματος (2005), ως κερατινοκυστικό οδοντογενή όγκο. Η συχνότητα εμφάνισης του όγκου ποικίλλει, ενώ είναι μεγαλύτερη στους άνδρες και σε συγκεκριμένες θέσεις της κάτω γνάθου. Ακτινογραφικά, εμφανίζεται ως μονόχωρη διαύγαση με σαφή όρια στα πρώτα στάδια και ως πολύχωρη με ανώμαλα όρια σε προ-

χωρημένα στάδια. Όσον αφορά στη θεραπεία, η επιθετική συμπεριφορά του κερατινοκυστικού όγκου απαιτεί μία ανάλογα επιθετική θεραπευτική προσέγγιση. Υποτροπές προκύπτουν σε ποσοστό από 5% έως 62%. Εκτός από την τάση εμφάνισης υποτροπών, η πρόγνωση του κερατινοκυστικού όγκου είναι καλή. Σκοπός της εργασίας είναι να ενημερώσει τον οδοντίατρο σχετικά με την αλλαγή στην ταξινόμηση, με ταυτόχρονη αναφορά στην κλινική, ακτινογραφική και ιστοπαθολογική εικόνα του κερατινοκυστικού όγκου, στις επιλογές για τη θεραπεία του, αλλά και στην πρόγνωσή του. Συμπερασματικά, η επιθετική συμπεριφορά της οδοντογενούς κερατινοκύστης οδήγησε στη νέα κατάταξή της στους οδοντογενείς όγκους, με την ονομασία κερατινοκυστικός οδοντογενής όγκος.

15

## ΠΡΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ. ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ.

Κυρίτση Α.\*, Κυρίτση Μ., Λάμπρου Γ., Πατούχας Α., Τρικαλιώτης Β., Τζέρμπος Φ.

Η προπροσθετική χειρουργική περιλαμβάνει όλες εκείνες τις επεμβάσεις που στόχο έχουν την προετοιμασία του στόματος για να υποδεχθεί μία κινητή ή ακίνητη προσθετική εργασία. Οι επεμβάσεις αυτές αφορούν είτε στους μαλακούς ιστούς (π.χ. προστομιοπλαστική), είτε στο οστικό υπόστρωμα (π.χ. φατνιοπλαστική). Η εισαγωγή των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση του στόματος άνοιξε μεν νέους ορίζοντες, εισήγαγε όμως καινούργιες τεχνικές και υλικά για την προπροσθετική προετοιμασία των ιστών. Η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, η διατακτική οστεογένεση, οι μέθοδοι διατήρησης του φατνίου, η μετατόπιση του κάτω φατνιακού αγγειονευρώδους δεματίου, οι αυξητικοί παράγοντες, οι μορφογεννητικές πρωτεΐνες και γενικά τα υλικά κατευθυνόμενης οστικής ανάπτυξης,

είναι μερικοί από τους καινούργιους όρους οι οποίοι προστέθηκαν στο οδοντιατρικό λεξιλόγιο. Άραγε οι τεχνικές της παραδοσιακής προσθετικής είναι πλέον ανεφάρμοστες; Υπάρχουν με άλλα λόγια διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα στην προ των εμφυτευμάτων προπροσθετική χειρουργική και στη μετά; Ποια θα πρέπει να είναι η φιλοσοφία αντιμετώπισης ενός ασθενούς ο οποίος είναι υποψήφιος για επιεμφυτευματική ή οδοντική προσθετική αποκατάσταση; Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, ώστε να δοθεί μία απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα και να προτείνει τον τρόπο της προπροσθετικής αντιμετώπισης των ασθενών που πρόκειται να υποδεχθούν μία ενδοστοματική προσθετική αποκατάσταση.

16

## ΥΠΟΠΕΡΙΟΣΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ.

Κάσσεμ Ι.\*, Κληρονόμου Ι., Κολλοκούδια Μ., Παπαδοπούλου Χ., Τζέρμπος Φ.

Πολύ συχνά ο γενικός οδοντίατρος έρχεται αντιμέτωπος με την πιθανότητα εξαγωγής ενός εγκλιέστου σωφρονιστήρα. Η χειρουργική εξαγωγή ενός εγκλιέστου γομφίου δεν είναι όμως μία εύκολη διαδικασία, και γι' αυτό μπορούν να προκύψουν πολλές διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, το οίδημα, το ξηρό φατνίο και οι ροιμώξεις. Στις ροιμώξεις περιλαμβάνονται η οστεομυελίτιδα (οξεία ή χρόνια) και το υποπεριοστικό απόστημα. Υποπεριοστικό απόστημα καλείται η συλλογή οροπυώδους ή πυώδους υγρού κάτω από το περίοστεο. Μετεγχειρητική ροιμώξη υπό τη μορφή υποπεριοστικού αποστήματος μπορεί να εμφανιστεί όταν παρα-

μείνουν υπολείμματα οδοντικών ιστών ή τρυγίας κάτω από τον κρημνό, λόγω πηλημεθούς περιποίησης του χειρουργικού τραύματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Εμφανίζεται μερικές ημέρες ή εβδομάδες μετά την επέμβαση ως επώδυνη διόγκωση στην περιοχή της εξαγωγής. Όπως γίνεται αντιληπτό είναι μία αρκετά σοβαρή, επώδυνη και θορυβώδης για τον ασθενή επιπλοκή, η οποία όμως θα πρέπει να αναγνωρισθεί και να αντιμετωπιστεί άμεσα και αποτελεσματικά από τον οδοντίατρο. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι, η ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας, και η ενημέρωση του οδοντίατρου για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής.

17

## Η ΜΑΡΣΙΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ.

Πουλακάκης Χ.\*, Μαυρογιάννης Σ., Λαμπράκης Δ., Τζέρμπος Φ.

Ο όρος κύστη αναφέρεται σε μία παθολογική κοιλότητα μέσα στα μαλακά μόρια ή στα οστά, που επενδύεται από επιθήλιο και περιέχει ρευστό ή ημίρρευστο υγρό. Ιστολογικά σε κάθε κύστη υπάρχει το τοίχωμα, που αποτελείται από συνδετικό ιστό, το επιθήλιο που επενδύει το τοίχωμα και την κοιλότητα που είναι γεμάτη από ρευστό ή ημίρρευστο υγρό. Στις κύστες του στόματος το επιθήλιο είναι κατά κανόνα πολύστιβο πηλακώδες και σπανιότερα αναπνευστικού τύπου. Γενικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση μίας κύστης είναι χειρουργική και εξαρτάται από το είδος της κύστης, το μέγεθος και τη θέση της, καθώς επίσης από την ηλικία αθλή και τη γενική κατάσταση του ασθενή.

Η χειρουργική θεραπεία των κύστεων γίνεται με δύο κυρίως τρόπους: με εκπυρήνιση ή με μαρσιποίηση. Η παρούσα εργασία αναφέρεται στη χειρουργική τεχνική της μαρσιποίησης. Πρόκειται για μία απλή συντηρητική χειρουργική μέθοδο, κατά την οποία με την αφαίρεση ενός τμήματος του βλεννογονοπεριόστεου που καλύπτει την κύστη και του αντίστοιχου κυστικού τοιχώματος, η κυστική κοιλότητα διανοίγεται, ώστε να αποτελέσει επέκταση της στοματικής κοιλότητας. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπευτική αξία, τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της χειρουργικής αυτής τεχνικής.

18

## ΒΑΤΡΑΧΙΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Δημάκου Π.\*, Μιχελλόγγονα Π., Τζέρμπος Φ.

Οι βλεννώδεις κύστες αποτελούν το συχνότερα απαντώμενο τύπο κύστεων, σε ποσοστό από 0,02% έως 0,9% του γενικού πληθυσμού. Το βατράχιο αποτελεί βλεννώδη κύστη χωρίς επιθηλιακή επένδυση, που προέρχεται από ρήξη εκφορητικού πόρου σιελογόνου αδένα. Είναι συχνή βλάβη, ειδικά σε παιδιά και νεαρούς, και είναι αποτέλεσμα τυχαίων τραυματισμών, παραλειπουμένων έξεων κτλ. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει κατακράτηση σιέλου εντός των μαλακών μορίων του στόματος (π.χ. κάτω χείλος, παρειά, έδαφος στόματος και υπερώα) και πρόκληση διογκώσεων ασυμπτωματικών, μεγέθους έως μερικών εκατοστών. Οι διογκώσεις αυτές αυξάνονται γρήγορα και ρήγνυνται, παροχετεύοντας το περιεχόμενό τους στη στοματική κοιλότητα. Είναι σχετικά επιφανειακές βλάβες με μαλακή σύσταση, κυανού ή

φυσιολογικού χρώματος. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης άρρενος ασθενούς, ηλικίας 13 ετών, ο οποίος προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», με ανώδυνη διόγκωση στο αριστερό ημιμόριο του εδάφους του στόματος και χωρίς άλλα συμπτώματα. Περιγράφεται η κλινική και ακτινογραφική εικόνα, καθώς και η ιστοπαθολογική ανάληψη της περίπτωσης. Τέλος, γίνεται βιβλιογραφική αναφορά στις εφαρμόσιμες θεραπευτικές αντιμετώπισεις του βατράχιου και συζήτηση για την εφαρμογή της επιλεκτικής θεραπείας. Συμπερασματικά, στην αντιμετώπιση του βατράχιου σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή επιλογή του θεραπευτικού σχήματος ανάλογα με την περίπτωση, καθώς και η σωστή εφαρμογή του. Σε

αυτό το πλαίσιο, κατά τη γνώμη των συγγραφέων, η εκπαίδευση της κύστης και η μαρσιποποίηση

αποτελούν τις πλέον αξιόπιστες θεραπευτικές τεχνικές.

19

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗΣ ΣΤΗ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

Αντωνίου Α.\*, Στυλιανού Α., Τζουανάκη Α., Τζέρμπος Φ.

Η διατατική οστεογένεση είναι μία σύγχρονη χειρουργική τεχνική που επιτυγχάνει την παραγωγή οστού μεταξύ χειρουργικώς δημιουργηθέντων αγγειούμενων οστικών κοίλωμάτων, τα οποία με τη σταδιακή μεταξύ τους απομάκρυνση, καταλείπουν χώρο που συμπληρώνεται από νεόπλαστο οστίτη ιστό. Παράλληλα με την οστική διάταση, πραγματοποιείται και διάταση των μαλακών μορίων, ώστε η αναπροσαρμογή της προς αποκατάσταση περιοχής να γίνεται στο χώρο. Η τεχνική αυτή υλοποιείται με τη χρησιμοποίηση ειδικών διατατικών συσκευών, ενδοστοματικών και εξωστοματικών. Θεωρείται μία επαναστατική μέθοδος της γναθοπροσωπικής χειρουργικής, καθώς με την εφαρμογή ελεγχόμενων διατατικών δυνάμεων, το οστό μπορεί να αυξηθεί τρισδιάστατα, σε όλα τα επίπεδα του χώρου, οριζόντιο, κατακόρυφο και προσθιοπίσθιο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η παρουσίαση των εφαρμογών της διατατικής οστεογένεσης στο κρα-

νιοπροσωπικό σύμπλεγμα. Συγκεκριμένα, αναλύεται η συμβολή της διατατικής οστεογένεσης στην αντιμετώπιση σκελετικών ανωμαλιών της άνω και της κάτω γνάθου που σχετίζονται ή όχι με διάφορα σύνδρομα ή παθολογικές καταστάσεις, καθώς και ο ρόλος της στην αποκατάσταση οστικών ελλειμμάτων που δημιουργήθηκαν από τραυματισμούς, όγκους ή κύστες. Επιπρόσθετα, αξιολογείται η σημασία της εφαρμογής της διατατικής οστεογένεσης στην τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε υπολειμματικές φατνιακές ακρολοφίες. Συμπερασματικά, η διατατική οστεογένεση αποτελεί ένα χρήσιμο και ισχυρό εργαλείο στα χέρια του Στοματικού και Γναθοπροσωπικού Χειρουργού, η εφαρμογή της οποίας δίνει λύσεις σε περιπτώσεις ιστικών ελλειμμάτων. Με τη σταδιακή πρόοδο και εξέλιξη της επιστήμης στα θέματα της διατατικής οστεογένεσης, είναι βέβαιο πως μελλοντικά η χειρουργική αυτή μέθοδος θα συμβάλει αποφασιστικά στην αποκατάσταση τέτοιων περιπτώσεων.

20

## ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ 5 ΚΑΙ 10 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Παγόπουλος Μ.\*, Παγόπουλος Γ.

Η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων έχει πολλαπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια. Πολλά γράφονται στη βιβλιογραφία για την τοποθέτησή τους και τη βραχυπρόθεσμη επιτυχία τους, λίγες όμως είναι οι συγκεντρωτικές αναφορές για το ποσοστό επιτυχίας τους μετά το πέρας της πε-

νταετίας ή της δεκαετίας. Στο διαδίκτυο, οι έρευνες δίνουν πάνω από 90% ποσοστό επιτυχίας στα εμφυτεύματα μετά το πέρας της δεκαετίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γέφυρες τριών τεμαχίων είναι 50%. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη 13 περιπτώσεων ασθενών, στους οποίους

έχουν γίνει θεραπείες με εμφυτεύματα και παρακολουθούνται μετά την αποκατάσταση για περισσότερο από πέντε χρόνια. Συγκεκριμένα μελετώνται το φύλο και η ηλικία του ασθενή, το έτος της επέμβασης, η ηλικία, ο αριθμός των εμφυτευμάτων, τυχόν κινητικότητα ή απόρριψή τους. Μελετώνται ακόμα η αποδόμηση οστού, περιο-

δοντικοί θύλακοι και το είδος των εμφυτευμάτων. Τα αποτελέσματα για τη μακροπρόθεσμη επιτυχία των εμφυτευμάτων είναι πολύ ενθαρρυντικά, αφού δεν παρατηρήθηκε απόρριψη και η λειτουργική τους επιτυχία αγγίζει το 100%, ακόμα και μετά την πάροδο πενταετίας.

21

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΑ ΜΑΣΗΤΙΚΑ ΦΟΡΤΙΑ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ, ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΕΝΔΟΡΡΙΖΙΚΩΝ ΑΞΟΝΩΝ.

Παπαδόπουλος Τ., Μπαϊράμη Β., Κέντρου Χ.\*, Παπανικολάου Γ.

Μία από τις σύγχρονες δημοφιλείς υπολογιστικές μεθόδους αναπτυσσόμενων τάσεων σε διάφορα σώματα μετά από άσκηση σε αυτά φορτίων, είναι η μέθοδος των πεπερασμένων στοιχείων. Στην παρούσα εργασία έγινε ανάλυση των αναπτυσσόμενων τάσεων σε προσομοίωση ενδοδοντικά θεραπευμένων κεντρικών τομέων της άνω γνάθου, οι οποίοι αποκαταστάθηκαν με διάφορους τύπους ενδορριζικών αξόνων και ανασυστάθηκαν με οδοντιατρική σύνθετη ρητίνη. Για την κατασκευή του μοντέλου προσομοίωσης χρησιμοποιήθηκε η πηλαφόρμα MSC Nastran/Patran. Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία κυψέλης και η περιγραφή του μοντέλου έγινε με 1500 κόμβους. Οι τύποι των ενδορριζικών αξόνων οι οποίοι υπολογίσθηκαν, διέθεταν ίδιες διαστάσεις και ονομαστικά ήταν: τιτανίου, σύνθετης ρητίνης ενισχυμένης με καρβονήματα και σύνθετης ρητίνης ενισχυμένης με υαλονήματα. Για κάθε ένα από τα υλικά αυτά κατασκευάστηκε ξεχωριστό μοντέλο με βάση τις αντικειμενικές μέσες μηχανικές ιδιότητές τους. Για τον υπολογισμό της αντοχής χρησιμοποιήθηκαν τα μέγιστα οριακά μασητικά φορ-

τία, ενώ η εφαρμογή τους έγινε υπό γωνία 45°, ανταποκρινόμενη στη συγκλινισιακή ανατομική ιδιομορφία της πρόσθιας οδοντικής περιοχής. Και στις τρεις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε δισδιάστατο μοντέλο ανάλυσης και τα αποτελέσματα μελετήθηκαν από την κατανομή των τάσεων Von Mises. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανομή των τάσεων ήταν παρόμοια και στις τρεις περιπτώσεις. Οι μέγιστες τάσεις αναπτύχθηκαν στη μεσόφαση μεταξύ του άξονα της οδοντίνης και της ανασύστασης από σύνθετη ρητίνη και ήταν της τάξης των 4-6 MPa. Στις περιπτώσεις των αξόνων από τιτάνιο και από σύνθετη ρητίνη ενισχυμένη με ανθρακονήματα, υπάρχει εκσεσημασμένη συγκέντρωση τάσεων, η οποία δεν παρατηρείται στην περίπτωση του άξονα από σύνθετη ρητίνη ενισχυμένη με υαλονήματα. Εμβιομηχανικά, αυτό μπορεί να μεταφρασθεί σαν μεγαλύτερη πιθανότητα μόνιμης επίπτωσης (π.χ. κατάγματα ρίζας) στις δύο πρώτες περιπτώσεις, με πολύ μικρότερη πιθανότητα ενός τέτοιου αποτελέσματος στην τρίτη περίπτωση.

22

## ΤΑ ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΚΙΝΗΤΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΕΠΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ, ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ.

Γεωργιόπουλος Π.\*, Ζαμπέλης Α.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών (ΣΕΜΦΕ)

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα είναι μία καλή τεκμηριωμένη μέθοδος αντιμετώπισης της μερικής ή ολικής νωδότητας. Τα εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται για τη στήριξη τόσο κινήτων όσο και ακίνητων προσθέσεων. Οι ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις μπορεί να είναι κοχλιούμενες ή συγκολληόμενες. Όσον αφορά στις ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις, αυτές κατασκευάζονται ως αμιγώς ακρυλικές, μεταλλοακρυλικές, μεταλλοκεραμικές και, τα τελευταία χρόνια, ολθοκεραμικές. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται προβληματισμοί ως προς το υλικό εκλογής, ενώ συχνά η χρήση ακρυλικών αποκαταστάσεων προτείνεται ως εμβιομηχανικά πλεονεκτικότερη, για την αποφυγή μεταφοράς υπέρμετρων δυνάμεων στα εμφυτεύματα και υπερφόρτισης (overload). Ταυτόχρονα, στη διεθνή βιβλιογραφία κυριαρχούν προβληματισμοί και διχογνωμία για τη χρήση προβόλων με σκοπό την επέ-

κταση του προσθετικού τόξου. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται σύνοψη της κλινικής και πειραματικής βιβλιογραφίας όσον αφορά, τόσο στα υλικά κατασκευής των προσθετικών (ακίνητων) αποκαταστάσεων επί εμφυτευμάτων όσο και στα γεωμετρικά τους χαρακτηριστικά (ύψος, παρουσία προβόλων). Επίσης, παρουσιάζονται γενικές αρχές εμβιομηχανικής και ανάλυσης πεπερασμένων στοιχείων, ακολουθούμενες από τα ευρήματα της εφαρμογής μαθηματικών μοντέλων στο ρόλο του υλικού των ακίνητων αποκαταστάσεων επί εμφυτευμάτων (ακρυλικές, μεταλλοακρυλικές, μεταλλοκεραμικές, ολθοκεραμικές), της γεωμετρίας της αποκατάστασης και της παρουσίας προβόλων στην κατανομή τάσεων στο στηρικτικό οστό. Παρουσιάζονται ακόμη στοιχεία από τη σύγκριση πολλοπλών ακίνητα συνδεδεμένων εμφυτευμάτων προς μονήρη εμφυτεύματα και από την εμβιομηχανική συμπεριφορά τους.

23

## ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ - ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ.

Φαίππια Μ.\*, Λούμου Π., Βοργιοπούλου Γ., Γαβριήλ Σ.

Τα οπίσθια δόντια της άνω γνάθου (σπάνια ο κυνόδοντας), έρχονται σε στενή σχέση με το ιγμόρειο άντρο, σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις χωρίζονται από το γναθιαίο κόλπο με λεπτότατη στιβάδα οστού, ή και μόνο από βλεννογόνο του ιγμορείου άντρου. Ως εκ τούτου, είτε διότι μεταξύ ακροριζίου και εδάφους του γναθιαίου κόλπου δεν υπάρχει επαρκής ποσότητα οστού, είτε διότι έχει καταστραφεί από ακροριζικές ή κυστικές αθηλοιώσεις ή ακόμη και από όγκους, είναι δυνατόν η εξαγωγή ενός εκ των προαναφερόμενων δοντιών να οδηγήσει σε στοματοκοιλιακή επικοινωνία.

Επίσης, είναι δυνατόν να επισυμβεί στοματοκοιλιακή επικοινωνία από εσφαλημένους χειρισμούς και μερικές φορές συνοδεύεται από προώθηση ρίζας ή και ολόκληρου του δοντιού στο ιγμόρειο άντρο. Η διάγνωση της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας άμεσα μετά από την εξαγωγή του δοντιού γίνεται είτε με την ψηλάφηση του φατνίου με μήλη ή με κοχλιάριο φατνίου, είτε με τη δοκιμασία Valsava. Όταν όμως το ιγμόρειο άντρο είναι κατεϊλημμένο από παθολογικό ιστό, π.χ. πολύποδες, κυστική εξεργασία, όγκο κήη, η δοκιμασία Valsava είναι αρνητική. Αν και ένας μεγάλος αριθμός στο-



ματοκοιλικών επικοινωνιών επουλώνεται αυτόματα χωρίς καμία παρέμβαση, ο οδοντίατρος υποχρεούται να ελέγχει πάντοτε την πιθανότητα στοματοκοιλικής επικοινωνίας και να προβαίνει στις πρέπουσες ενέργειες. Στην εργασία αυτή δίνεται έμφαση στη διάγνωση και τις αρχές αντιμετώπισης της στοματοκοιλικής επικοινωνίας. Συμπερασματικά, στις περιπτώσεις όπου το ιγμόρειο άντρο κλινικά και ακτινογραφικά διαπιστώνεται ότι είναι «υγιές», θα πρέπει εντός του πρώτου εικοσιτετραώρου να εκτελείται σύγκληση της επικοι-

ωνίας. Στις περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται ότι το ιγμόρειο άντρο δεν είναι «υγιές» (ύπαρξη κυστικής εξεργασίας, πολύποδες, οδοντογενής ιγμορίτιδα κλπ), τότε η αποκατάσταση της στοματοκοιλικής επικοινωνίας γίνεται, εφόσον χρειαστεί, σε δεύτερο χρόνο, μετά την ολοκλήρωση του διαγνωστικού ελέγχου, τον έλεγχο ζωτικότητας και των υπολοίπων οπισθίων δοντιών της άνω γνάθου σύστοιχα, και την πιθανή ενδοδοντική τους θεραπεία, συνήθως σε συνδυασμό με ανάρτηση του ιγμορείου και αντρορινοστομία.

24

## ΑΜΕΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΣΕ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΟ ΦΑΤΝΙΟ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΟΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΛΑΣΗ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζαμπέλης Α.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών (ΣΕΜΦΕ)

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα είναι μία καλή τεκμηριωμένη μέθοδος αντιμετώπισης της μερικής ή ολικής νωδότητας. Η προβλεψίμη, με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επιτυχίας, οστεοενσωμάτωση έχει επιτρέψει την επέκταση των τεχνικών τοποθέτησης εμφυτευμάτων, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης εμφύτευσης σε μετεξακτικά φατνία. Είναι δε ιδιαίτερα διαδεδομένη η χρήση οστικών μοσχευμάτων διαφόρων τύπων (αυτομοσχεύματα, αλλομοσχεύματα, ξενομοσχεύματα), σε συνδυασμό ή μη με τεχνικές κατευθυνόμενης οστικής ανάπτυξης (μεμβράνες), για την πλήρωση του περιεμφυτευματικού χώρου εντός του φατνίου. Εκτός από περιοχή επιστημονικής και βιβλιογραφικής διχογνωμίας, η αλόγιστη χρήση μοσχευμάτων στην άμεση εμφύτευση γεννά μία σειρά από προβληματισμούς, όπως το αυξημένο κόστος για τον ασθενή και η αμφίβοη ενσωμάτωση κάποιων ειδών μοσχευμάτων. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται: σύνοψη της κλινικής και πειραματικής βιβλιογραφίας όσον αφορά στη χρήση διαφόρων μοσχευμάτων, στη φυσιολογία του μετεξακτικού φατνίου και την άμεση εμφύτευση σε αυτό, βασικοί κανόνες και ενδείξεις για τη ληθιογισμένη χρήση

μοσχευμάτων, καθώς και περίπτωση άμεσης εμφύτευσης χωρίς τη χρήση κανενός είδους μοσχεύματος, με τη βοήθεια φωτογραφιών και video. Ο ασθενής της περίπτωσης που παρουσιάζεται ήταν άνδρας και προσήλθε με κάταγμα μύλης του 43. Η ακτινογραφική εξέταση έδειξε περιακρορριζική αλλοίωση, ενώ το μικρό υπολειπόμενο μήκος της ρίζας αποτελούσε αντένδειξη για κλινική επιμήκυνση. Αποφασίστηκε η εξαγωγή και άμεση εμφύτευση. Στο μετεξακτικό φατνίο τοποθετήθηκε εμφύτευμα μήκους 10 χιλιοστών και διαμέτρου 4,8 χιλιοστών. Επιτεύχθηκε αρχική σταθερότητα, αλλιά παρέμεινε προστομιακά περιεμφυτευματικός χώρος μέγιστου πλάτους 1 χιλιοστού. Αποφασίστηκε η μη πλήρωση του χώρου με μόσχευμα, ενώ η επούλωση πραγματοποιήθηκε με διαβληνογόννιο κάλυμμα επούλωσης (healing abutment). Η ακίνητη προσθετική παραδόθηκε στον ασθενή δύο μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Η κλινική (οπτική αξιολόγηση, περιεμφυτευματική ανίχνευση) και ακτινογραφική εικόνα κατά την παρακολούθηση του ασθενούς, κατέδειξαν επούλωση και πλήρωση της βλάβης και φυσιολογική λειτουργία του εμφυτεύματος.

25

## ΤΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ.

Μέγας Β.\*, Ζώταλης Ν., Αρεταίου Π., Παυλίδου Ε., Σάββας Γ., Μαρουδιάς Ν.

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος  
του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας

Τα χειρουργικά περιστατικά, τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης στη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, αφορούν κυρίως σε σοβαρές κακώσεις του στόματος και του προσώπου και προκαλούνται από τραύματα των μαλακών και σκληρών ιστών της περιοχής αυτής. Τα τραύματα αυτά συνήθως οφείλονται σε βιαιοπραγίες, τροχαία και εργατικά ατυχήματα, σε απόπειρες αυτοκτονίας, πτώσεις, χρήση πυροβόλων όπλων κ.ά. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση του επείγοντος γναθοχειρουργικού τραυματιολογικού περιστατικού και στην αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς (συνυπάρχουσες κακώσεις θώρακα, κοιλιάς και άκρων, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μεταβολικές διαταραχές κλπ). Οι περιπτώσεις που παρουσιάζονται αντιμετωπίστηκαν κατά τα τελευταία

οκτώ χρόνια στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας. Αυτά αφορούσαν σε χαίνοντα θλαστικά τραύματα προσώπου, καθώς και σε συντριπτικά επιπλεγμένα κατάγματα της ίδιας περιοχής, με κύρια αιτία πρόκλησης τα τροχαία ατυχήματα και τη χρήση πυροβόλων όπλων. Τα τραύματα που αντιμετωπίστηκαν μέσα στις πρώτες 6 ώρες από την πρόκλησή τους, είχαν άριστο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα. Οι κύριες παράμετροι οι οποίες καθορίζουν την άμεση θεραπευτική παρέμβαση είναι: (1) η κατάσταση του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού συστήματος του ασθενούς, (2) η μεταβολική ισορροπία του ασθενούς και (3), σε περίπτωση πολυτραυματία, η συνύπαρξη και άλλων πλέον κρίσιμων και επικίνδυνων καταστάσεων για τη ζωή.

26

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΝΔΥΛΟΥ.

Ζανάκης Σ.\*, Ζώταλης Ν., Κοκκοθάκης Ι., Καλέντζης Σ., Μαρουδιάς Ν.

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος  
του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας

Οι τραυματικές κακώσεις της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ) και του κονδύλιου της κάτω γνάθου μπορεί να οφείλονται σε κατάγματα και εξάρθραμα, που προκαλούνται από βίαια πλήγματα της περιοχής και τα οποία προκαλούν διαταραχή της σχέσης κονδύλιου-γλήνης. Τα βίαια πλήγματα στην περιοχή της ΚΓΔ και του κονδύλιου οφείλονται κυρίως σε βιαιοπραγίες, σε τροχαία και εργατικά ατυχήματα. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των τραυματικών παθήσεων της ΚΓΔ και του κονδύλιου που χρήζουν χειρουργικής α-

ντιμετώπισης. Την τελευταία οκταετία προσήλθαν στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας 870 ασθενείς με διάφορα προβλήματα της ΚΓΔ. Σε 12 από αυτούς εφαρμόστηκαν χειρουργικές μέθοδοι για αποκατάσταση παρεκτοπισμένων ή στρεβλών πορωμένων καταγμάτων κονδύλιων και περιπτώσεων τέλειασ καταστροφής του κονδύλιου ή πλήρους έλλειψης αυτού. Η μερική ή ολική αρθροπλαστική των κονδύλιων επανόρθωσαν τόσο τη λειτουργικότητα, όσο

και την αισθητική του προσώπου. Συμπερασματικά, η χειρουργική παρέμβαση για την επανόρθωση των τραυματικών κακώσεων της ΚΓΔ και του κόνδυλου της κάτω γνάθου εφαρμόζεται με καλή αποτελεσματικότητα σε πολύ μικρό ποσοστό βλαβών,

στις οποίες ο κόνδυλος θεωρείται ήδη καταδικασμένος σε αφαίρεση, ή σε παραμελημένες περιπτώσεις και σε περιπτώσεις που η συντηρητική αγωγή με ακινητοποίηση δεν απέφερε τη σωστή λειτουργικότητα της άρθρωσης.

27

## ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ.

Κατσώνη Ε.\*, Γιακουμάκης Ε., Γεωργίου Ε., Γκρίτζαλης Π., Στεφάνου Ε.

Από το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Η ακτινογραφία είναι ένα από τα πιο πολύτιμα διαγνωστικά μέσα στην οδοντιατρική πράξη. Για το λόγο αυτό ο ακτινογραφικός εξοπλισμός αποτελεί μέρος του βασικού εξοπλισμού του οδοντιατρείου. Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια έχει επιδράσει και στον τομέα του ακτινογραφικού εξοπλισμού του οδοντιατρείου, με αποτέλεσμα ο οδοντίατρος να βρίσκεται αντιμέτωπος με πληθώρα προϊόντων, από τα οποία πρέπει να επιλέξει ποια θα χρησιμοποιήσει. Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το σύγχρονο ακτινογραφικό εξοπλισμό που πρέπει να διαθέτει ένα σύγχρονο οδοντιατρείο, επίσης να παρουσιάσει τη σύγχρονη πραγματικότητα και τα στοιχεία που πρέπει να αξιολογήσει ο κλινικός για τη σωστή επιλογή. Ο εξοπλισμός περιλαμβάνει το ακτινογραφικό μηχάνημα, κατάλληλα στοχευτικά συστήματα, διάφορα μέσα καταγραφής, όπως το φιλμ, αισθητήρες στερεάς κατάστασης, πλάκες αποθήκευσης φωσφορίζουσας ουσίας, το σκοτεινό θάλαμο όταν χρησιμοποιείται το φιλμ, καθώς και διάφορα μέσα προβολής της τελικής εικόνας. Για απεικόνιση με φιλμ, αυτά είναι το διαφανοσκόπιο και ορισμένα βοηθητικά μέσα, ενώ για την ψηφιακή απεικόνιση είναι η οθόνη του

υπολογιστή και διάφορες μορφές εκτύπωσης της εικόνας. Η αλληλοϋχία όλων των διατάξεων αυτών στοχεύουν στη δημιουργία εικόνων υψηλής ποιότητας με τη λιγότερη δυνατή επιβάρυνση σε ακτινοβολία. Ειδική νομοθεσία ρυθμίζει και στη χώρα μας τις προϋποθέσεις σωστής λειτουργίας. Το ακτινογραφικό μηχάνημα θα πρέπει να είναι τεχνολογίας DC, με εστιακή απόσταση τουλάχιστον 200mm και στοχευτικό σύστημα ανοικτού άκρου με δυνατότητα μετατροπής σε παραλληλόγραμμα, το χρονόμετρο θα πρέπει να είναι ψηφιακό. Ειδικό συγκρατητήρες για την τεχνική του παραλληλισμού θα πρέπει να διατίθενται και να εναρμονίζονται με το χρησιμοποιούμενο μέσο καταγραφής, το οποίο μπορεί να είναι φιλμ ή πλάκα φωσφόρου ή αισθητήρας στερεάς κατάστασης. Πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας είναι απαραίτητο να διεξάγεται για την εξασφάλιση της καλής λειτουργίας. Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι δεν υπάρχει ασφαλές όριο έκθεσης στην ακτινοβολία, ο κίνδυνος από την έκθεση σε ακτίνες X θα πρέπει να σταθμίζεται σε σχέση με το όφελος από την κλινική χρήση. Έτσι, ο οδοντίατρος είναι εκείνος που είναι υπεύθυνος με τις επιλογές του, για την ακτινοπροστασία στο χώρο εργασίας.

28

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΟΥΪΟΕΙΔΟΥΣ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.

Καζάνα Ε.\*, Στεφανιώτης Θ., Δοντά Α., Τσιχλάκης Κ.

Από την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Η βελονοειδής απόφυση, ο βελονοϋοειδής σύνδεσμος και το έλασσον κέρασ του υοειδούς οστού μορφοποιούν το βελονοϋοειδές συμπλέγμα, η ενασβεστίωση του οποίου αποτελεί συχνό ακτινογραφικό εύρημα. Συγκεκριμένα, η εναπόθεση ασβεστίου στο βελονοϋοειδή σύνδεσμο συμβάλλει στην ακτινογραφική απεικόνιση της βελονοειδούς απόφυσης με άηλιότε άηλιου βαθμού επιμήκυνση και ποικίλη μορφολογία. Παρόλο που οι συμβατικές ακτινογραφικές τεχνικές κεφαλής και τραχήλου δίνουν αξιόλογες πληροφορίες σχετικές με το εύρημα αυτό, μειονεκτούν στην πλήρη διερεύνηση και αξιολόγηση των μορφολογικών χαρακτηριστικών, λόγω υπερεπίθεσης άηλιων ανατομικών περιοχών. Η οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία αποτελεί απεικόνιση επιλογής για περαιτέρω διερεύνηση της επιμηκυμένης βελονοειδούς απόφυσης. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να αξιολογήσει και να διερευνήσει τα μορφολογικά χαρακτηριστικά του βελονοϋοειδούς συμπλέγματος με τη χρήση οδοντιατρικής υπολογιστικής τομογραφίας και να τονίσει τη συμβολή της τεχνικής αυτής στη διάγνωση και θεραπευτι-

κή αντιμετώπιση, εφόσον απαιτείται. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 15 υπολογιστικές τομογραφίες ασθενών και των δύο φύλων με ενασβεστίωση του βελονοϋοειδούς συμπλέγματος, οι οποίοι εξετάστηκαν στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στις τομογραφίες αυτές, οι οποίες επιλέχτηκαν από το αρχείο του οδοντιατρικού υπολογιστικού τομογράφου, προσδιορίστηκαν με κριτήρια επιλογής: το μήκος, η γωνίωση και η μορφολογία του ευρήματος. Στη συνέχεια καταρτίστηκαν πίνακες και έγινε στατιστική ανάλυση. Το μήκος του ενασβεστωμένου βελονοϋοειδούς συμπλέγματος βρέθηκε με μέση τιμή 27,81mm, η γωνίωσή του ήταν κατά μέσο όρο 67,3° και η μορφολογία, η οποία εμφάνιζε διαφορές μεταξύ των δύο ημιμορίων, είχε κύριο χαρακτηριστικό την τμηματική ενασβεστίωση του βελονοϋοειδούς συμπλέγματος. Συμπερασματικά, η οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία συμβάλλει ουσιαστικά στη μελέτη της ενασβεστίωσης του βελονοϋοειδούς συμπλέγματος.

29

## ΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ».

Κολόμβος Ν., Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε., Σηφκάκη Μ.\*

Οι κυστικές εξεργασίες της στοματικής κοιλότητας στην παιδική ηλικία δεν είναι σπάνιες και η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, ενώ σε ηλικίες 0-6 ετών απαντούν αρκετά σπάνια, σε ηλικίες 7-12 ετών αποτελούν συνηθέστερο εύρημα, ενώ η πλει-

ονότητα των κύστεων εμφανίζεται μετά τα 13 έτη. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να γίνει μία αναδρομική μελέτη, με στόχο τη διερεύνηση του είδους των κύστεων που απαντούν στη στοματική κοιλότητα ασθενών της παιδικής ηλικίας, της συχνότητας εντόπισης και του είδους της θε-

ραπείας τους, καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα ισχύοντα στη διεθνή βιβλιογραφία. Μελετήθηκαν 86 περιπτώσεις παιδιών με κυστικές εξεργασίες των γνάθων και των μαθηακών μορίων της στοματικής κοιλότητας, που νοσηλεύθηκαν και θεραπεύθηκαν στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» κατά τη χρονική περίοδο 1992 - 2002. Από αυτά, 57 ήταν αγόρια και 29 κορίτσια (αναλογία 2:1). Για κάθε ασθενή μελετήθηκαν εκτός του φύλου, η ηλικία, η εντόπιση, η ιστολογική απάντηση που καθόριζε το είδος της κυστικής εξεργασίας και η θεραπευτική του αντιμετώπιση. Στους 86 ασθενείς ανευρέθησαν 90 κυστικές εξεργασίες. Συγκεκριμένα ανευρέθησαν: 41 οδοντοφόρες κύστεις, 15 κερατινοκύστεις, 6 κύστεις ανατολής, 3 ανευρυσματικές, 2 κύστεις τομικού πόρου, 3 αιμορραγικές, 2 παραοδοντικές, μία ακρορριζική, μία πλάγια περιοδοντική, μία δερμοειδής κύστη του εδάφους του στόματος, 9 βλεννώδεις κύστεις, μία βλεννοκήλη του ιγμορείου και 5 βατράχια. Από τις 15 κερατινοκύστεις, οι 13 απαντούσαν στα πλάγια του συνδρόμου Gorlin -

Golz. Συνοδικά, 68 κύστεις (ποσοστό 75,5%) αναπτύχθηκαν στα οστά των γνάθων και 22 (ποσοστό 24,5%) αναπτύχθηκαν στα μαθηακά μόρια της στοματικής κοιλότητας. Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση, 65 περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με εκφυρήνιση, 24 με μαρσιποποίηση και σε μία περίπτωση ανευρυσματικής κύστης χρειάστηκε να γίνει περιφερική οστεκτομή του σώματος της κάτω γνάθου με εξωστοματική προσπέλαση. Συμπερασματικά, στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 75,5%) οι κυστικές εξεργασίες ανευρέθησαν στα οστά των γνάθων και σε διπλάσια συχνότητα στα αγόρια. Οι περισσότερες κύστεις εμφανίστηκαν στις ηλικίες 7-12 ετών, με συχνότερα απαντώμενη την οδοντοφόρο. Όσον αφορά στο είδος των κυστικών εξεργασιών, 66 ήταν αναπτυξιακές (ποσοστό 73,3%), ενώ μη επιθηλιακές κύστεις βρέθηκαν σε 21 περιπτώσεις (ποσοστό 23,3%) και φλεγμονώδεις μόνο σε 3 (ποσοστό 3,3%). Θεραπεία εκλογής είναι η εκφυρήνιση, επειδή η χειρουργική αντιμετώπιση ολοκληρώνεται σε μία μόνο συνεδρία.

30

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΥΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ.

Φαϊππέα Μ.\*, Λούμου Π., Βοργιοπούλου Γ., Γαβριήλ Σ.

Οι κύστεις των γνάθων αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου των παθολογικών εξεργασιών της στοματογναθοπροσωπικής χώρας. Εάν δεν διαγνωστούν και δεν θεραπευθούν έγκαιρα, είναι δυνατόν να λάβουν μεγάλες διαστάσεις, προκαλώντας μεγάλη οστική καταστροφή με κίνδυνο να θίξουν παρακείμενα ανατομικά μόρια, όπως το ιγμόρειο άντρο, το έδαφος του οφθαλμικού κόγχου, τα τοιχώματα της ρινικής πυραμίδας, να προκαλέσουν παθολογικό κάταγμα κλπ. Η διάγνωση των κύστεων θα στηριχθεί στο ιστορικό, την κλινική εξέταση, την παρακέντηση, την κυτταρολογική εξέταση, τον ακτινολογικό έλεγχο και την ιστολογική εξέταση. Η θεραπεία των ευμεγέθων κύστεων είναι χειρουργική (μαρσιποποίηση, εκφυρήνιση κλπ). Κατά τη χειρουργι-

κή αντιμετώπιση των κύστεων, θα πρέπει τα δόντια τα οποία εμπλέκονται με την κυστική εξεργασία είτε να εξάγονται, είτε να θεραπεύονται ενδοδοντικώς. Είναι προτιμότερο, όταν είναι εφικτή η διατήρηση των δοντιών τα οποία εμπλέκονται με την κυστική εξεργασία, να εφαρμόζεται ακροριζεκτομή με ταυτόχρονη έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστεί η εμπειρία των συγγραφέων από την αντιμετώπιση ασθενών με κύστεις των γνάθων. Υψηλό ποσοστό ασθενών διαγνώστηκε μετά από διαπύση ή τυχαίο ακτινολογικό έλεγχο. Με βάση τα αποτελέσματα της εργασίας, η ακροριζεκτομή με ταυτόχρονη έμφραξη του ριζικού σωλήνα αποτελεί άριστη επιλογή για τη διατήρηση των δοντιών τα οποία εμπλέκονται στην κυ-

στική εξεργασία. Επίσης, στις περιπτώσεις ασθενών με εκτεταμένες κύστεις των γνάθων οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με εκφυρήνιση και συρραφή του τραύματος για κατά πρώτο σκοπό επούλωση,

παρότι δεν έγινε πλήρωση της οστικής κοιλότητας με οστικό μόσχευμα ή άλλο βιοσυμβατό υλικό, η οστική επούλωση ήταν πολύ καλή.

31

## ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζούμπος Δ.\*, Γρηγοράκης Γ., Χούπης Κ., Μετακόπουλος Ι.

Μία ειδική κατηγορία βλαβών με κοινό χαρακτηριστικό την παρουσία πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων, αποτελούν οι γιγαντοκυτταρικές βλάβες. Αναπτύσσονται στα οστά των γνάθων και στον υπερκείμενο βλεννογόνο. Έχουν παρόμοια ιστοπαθολογική εικόνα και κατατάσσονται ανάλογα με την κλινική τους εικόνα, την εντόπιση και τη βιολογική τους συμπεριφορά, σε διάφορες κατηγορίες και κακοήθεις παθολογικές οντότητες. Το γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα το οποίο μπορεί να είναι είτε κεντρικό είτε περιφερικό, ο φαιός όγκος του υπερπαραθυροειδισμού, ο χερουβισμός και η ανευρυσματική κύστη, αποτελούν καλοήθεις γιγαντοκυτταρικές βλάβες, ενώ στις κακοήθεις κατατάσσεται ο γιγαντοκυτταρικός όγκος. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης περιφερικού γιγαντοκυτταρικού κοκκιώματος σε αυτιστικό αγόρι ηλικίας 8 ετών και του τρόπου αντιμετώπισής του.

Η βλάβη ήταν ερυθροκύανη, άμισχη με ευρεία βάση και εντοπιζόταν στην περιοχή του 33. Αυξήθηκε γρήγορα, εντός τεσσάρων μηνών, και, σύμφωνα με το ιστορικό, το μέγεθος της αυξανόταν και ελαττωνόταν στο διάστημα αυτό. Η περίπτωση αντιμετωπίστηκε με χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και παραμένει χωρίς υποτροπή 8 μήνες μετά. Το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα ως καλοήθης βλάβη, θεραπεύεται με απλή χειρουργική αφαίρεση. Ο κλινικός οδοντίατρος οφείλει να προσέξει παρόμοιες βλάβες και να άρει τους όποιους αιτιολογικούς παράγοντες με πιθανή παρέμβαση στην ανάπτυξη ενός τέτοιου όγκου. Παράλληλα, πρέπει να ζητά τη βοήθεια του πιο ειδικού για τη γρήγορη ταυτοποίηση και θεραπεία μίας βλάβης, αλλά και να παρακολουθεί την περίπτωση για τη γρήγορη αντιμετώπιση κάποιας υποτροπής.

32

## Η ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.

Σπάθης Π.

Το γεγονός ότι η προληπτική και η θεραπευτική ορθοδοντική κατορθώνει με μηχανικές δυνάμεις πιέσεων και εφελκυσμού να επιβραδύνει ή να επιταχύνει την αύξηση των οστών ή τη μετακίνηση των δοντιών, υποδεικνύει ότι και οι μηχανικές δυνάμεις της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος που προέρχονται από τους μαστήριους μύες, από τους μύες της γλώσσας,

και από τους μύες του προσώπου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη γένεση και την προοδευτική επιδείνωση της ορθοδοντικής ανωμαλίας. Η εφαρμογή, λοιπόν, ορθοδοντικών δυνάμεων χωρίς την εξάλειψη των δυνάμεων της δυσλειτουργίας, οδηγεί στο παιχνίδι της διεγκυστίδας, στο οποίο δόντια και οστά βρίσκονται συνεχώς κάτω από την επίδραση αντίθετων δυνά-

μεων. Συχνά ο κλινικός αναγκάζεται να αυξήσει τις ορθοδοντικές δυνάμεις, για να υπερνικήσει το ορθοδοντικό πρόβλημα συν τις δυσλειτουργικές δυνάμεις, με συνέπεια να παρατείνεται ο χρόνος θεραπείας με ενδεχόμενα δυσμενή αποτελέσματα (απορρόφηση ριζών) και ακόμη να παρουσιάζεται πιο έντονα το φαινόμενο των υποτροπών. Επιβιβάζεται έτσι, μαζί με την εφαρμογή των ορθοδοντικών δυνάμεων να εξαλείφονται παράλληλα οι δυσλειτουργικές δυνάμεις, ή ακόμη καλύτερα να μετατρέπονται σε λειτουργικές

δυνάμεις που δρουν παράλληλα με τις ορθοδοντικές. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται μηχανήματα της ορθοδοντικής με υπερεκατονταετή ιστορία: το πρόσθιο οριζόντιο επίπεδο της άνω γνάθου, το επικλινές επίπεδο της άνω και της κάτω γνάθου, ο απωθητήρας της γλώσσας και η σύνθετη ρητίνη, με διάφορους τρόπους. Στόχος της εργασίας είναι να δειχθεί ότι με απλά σχετικά βοηθήματα μπορεί να επιταχυνθεί και να βελτιωθεί η ορθοδοντική θεραπεία, προς όφελος των ασθενών.

## 33

**ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΥΠΝΟΥ  
ΚΑΙ Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ.**

Μάρκου Κ.

Σκοπός της εργασίας είναι, μέσα από την έρευνα και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας να οριστεί το σύνδρομο, να αναζητηθούν τα αίτιά του, να παρουσιαστούν τα συμπτώματα και οι πιθανές δυνατότητες θεραπείας του, με ειδικότερο βάρος στην επίδραση της προς τα εμπρός μετακίνησης της κάτω γνάθου. Για το σκοπό αυτό, έγινε έρευνα στο Pubmed με τις λέξεις «arnea», «sleep syndrom arnea», «obstructive sleep arnea» και «mandibular advanced». Επίσης, μελετήθηκε και ένα σύγγραμμα (Schlafmedizin - Hinz R., Rose E., Sanner B.) με θέμα την αποφρακτική άπνοια ύπνου. Υπάρχουν ορισμένες εκδηλώσεις που πρέπει να βάλουν υποψία για πιθανότητα αποφρακτικής άπνοιας ύπνου. Η σωστή τελική διάγνωση του συνδρόμου μπορεί να γίνει μόνο σε ειδικά εργαστήρια ύπνου. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται πολλές θεραπευτικές μέθοδοι. Στην παρουσίαση γίνεται σύντομη αναφορά τους με τα σχετικά αποτελέσματα των αντίστοιχων ερευ-

νών. Αυτή που ξεχωρίζει και χαρακτηρίζεται ως «χρυσή σταθερά» είναι η CPAP. Η μόνιμη προς τα εμπρός μετακίνηση της γνάθου μπορεί να γίνει γναθοχειρουργικά με πολύ αξιόλογα αποτελέσματα, ακόμη και σε βαριές περιπτώσεις του συνδρόμου, αλλά οπωσδήποτε με σοβαρότατους περιορισμούς. Ωστόσο, η θεραπεία με ενδοστοματικές ορθοδοντικές συσκευές για τη νύκτα, οι οποίες φέρουν την κάτω γνάθο προς τα εμπρός κατά τη διάρκεια του ύπνου, αποτελεί μία εναλλακτική λύση για ήπιες έως μέτριας βαρύτητας περιπτώσεις, επίσης με δικούς της περιορισμούς και μειονεκτήματα. Συμπερασματικά, η προς τα εμπρός μετακίνηση της γνάθου, μόνιμα μέσω χειρουργικής επέμβασης είτε μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου με τη χρήση ενδοστοματικών ορθοδοντικών συσκευών, βελτιώνει την κλινική εικόνα του συνδρόμου, εφόσον στην κάθε περίπτωση έχει γίνει κατάλληλη και προσεκτική επιλογή ασθενών.

34

## ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΤΟΛΗ ΑΝΩ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Βουγιουκλάκη Μ.\*, Καλαμάτας Β.

Το φάσμα των περιπτώσεων που απαιτούν συνδυασμό ενδοδοντίας - ορθοδοντικής φαίνεται να έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για το σύγχρονο οδοντίατρο. Ορθοδοντική ανατολή είναι η μέσω ορθοδοντικών δυνάμεων έλξη ενός δοντιού προς το μασητικό επίπεδο. Έτσι, γίνεται δυνατή η λειτουργική και αισθητική του αποκατάσταση. Πλεονεκτεί της χειρουργικής επιμήκυνσης μύλης, διότι παρέχει μεγαλύτερη οικονομία ιστών και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Κατά τη μασητική έλξη του δοντιού θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το βιολογικό εύρος και το μήκος της οδοντικής επιφάνειας που πρόκειται να παρασκευαστεί. Η ενδοδοντική θεραπεία θα πρέπει να προηγείται της ορθοδοντικής ανατολής. Κυριότερες εφαρμογές της μεθόδου αυτής αποτελούν τα κατάγματα μύλης-ρίζας, η υποουλική καταστροφή οδοντικών ιστών λόγω τερηδόνας ή ιατρογενών αιτιών και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε περιοχές όπου η εξαγωγή δοντιού θα επέφερε σημαντικές απώλειες σκληρών και μαλακών ιστών. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι εκείνη κατά την οποία η μασητική έλξη πραγματοποιείται μέσω άξονα ή

ορθοδοντικού σύρματος που συγκολλείται στο ριζικό σωλήνα. Η χρήση μαγνητών επίσης έχει δώσει καλά αποτελέσματα. Σε περιπτώσεις που οι αισθητικές απαιτήσεις του ασθενή είναι ιδιαίτερα αυξημένες, γίνεται προσωρινή συγκόλληση του κατεαγώτος τμήματος του δοντιού και ακολουθεί η ορθοδοντική ανατολή του. Η όλη διαδικασία διαρκεί 4 έως 6 εβδομάδες και ακολουθεί ακινητοποίηση του δοντιού για διπλάσιο χρονικό διάστημα. Ακτινογραφικός έλεγχος γίνεται πριν και μετά τη μετακίνηση του δοντιού. Συνδεσμοτομή και ουλεκτομή κατά τη διάρκεια της θεραπείας πραγματοποιείται σύμφωνα με την κρίση του επεμβαίνοντος. Η περίπτωση που παρουσιάζεται, αφορά σε άνδρα ηλικίας 40 ετών, ο οποίος προσήλθε στο οδοντιατρείο με κάταγμα μύλης-ρίζας του 11. Αφού έγινε μία πρόχειρη κατασκευή από σύνθετη ρητίνη για την απόδοση του απολεσθέντος τμήματος της μύλης, χρησιμοποιήθηκε ορθοδοντικό αγκύλιο και σύρμα νικελίου-τιτανίου για την έλξη του δοντιού προς το μασητικό επίπεδο. Η ορθοδοντική ανατολή διήρκεσε περίπου 6 εβδομάδες και η τελική αποκατάσταση του δοντιού έγινε με υαλοήματα και στεφάνη πορσελάνης.

35

## ΟΠΙΣΘΟΓΝΑΘΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΟΡΘΟΓΝΑΘΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

Μελακόπουλος Ι.\*, Γιατζής Σ., Thuau Η.

Η ορθοδοντική θεραπεία σε ενήλικες έχει πολλές φορές ανάγκη τη βοήθεια ορθογναθικής χειρουργικής, για να επιτευχθεί όσο το δυνατό καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό τελικό αποτέλεσμα. Οι επεμβάσεις της ορθογναθικής χειρουργικής στις ημέρες μας έχουν περιοριστεί σε χειρουργικό χρόνο, δεν απαιτούν συνήθως νοσηλεία πάνω από δύο ημέρες και είναι ασφαλείς

για τον ασθενή. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τριών περιπτώσεων οπισθογναθισμού της κάτω γνάθου σε ενήλικες ασθενείς, που αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό ορθοδοντικής θεραπείας και ορθογναθικής χειρουργικής επέμβασης (οβελιαίας οστεοτομίας στην κάτω γνάθο σε συνδυασμό με γενειοπληστική). Γίνεται συζήτηση των πλεονεκτημάτων και των προβλημά-



των της μεθόδου και σύγκριση με παρόμοιες περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν χωρίς χειρουργείο. Τέλος, παρουσιάζονται μοντέλα πρό-

γνωσης περιπτώσεων με προσομοίωση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, με τη χρήση ή όχι ορθογναθικής επέμβασης.

36

## ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Φαϊππέα Μ.\*, Λούμου Π., Βοργιοπούλου Γ., Γαβριήλ Σ.

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις αποτελούν ένα συχνό και συγχρόνως σοβαρό πρόβλημα, το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει ο οδοντίατρος και ο γναθοχειρουργός στην καθημερινή πράξη. Οι οδοντογενείς λοιμώξεις είναι δυνατόν να επεκταθούν, τόσο τοπικά όσο και σε απομακρυσμένες θέσεις, αιματογενώς, ημφογενώς ή συνηθέστερα κατά συνέχεια ιστών. Εξ' αιτίας του χαλαρού συνδετικού ιστού και της επικοινωνίας των διαφόρων μυοπεριτοναϊκών διαστημάτων στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, είναι δυνατόν μία οδοντογενής λοίμωξη να επεκταθεί σε περισσότερα του ενός διαστήματα, δημιουργώντας επικίνδυνες ακόμη και για τη ζωή του ασθενή καταστάσεις, ιδίως επί μη έγκαιρης και ορθής θεραπευτικής παρέμβασης. Γενικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο αλκοολισμός κλπ, ευνοούν την επέκταση των οδοντογενών λοιμώξεων. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι οδοντογενείς λοιμώξεις είναι μικτές λοιμώξεις από αε-

ρόβια και αναερόβια μικρόβια. Η αντιμετώπιση των οδοντοφατνιακών αποστημάτων περιλαμβάνει διάνοιξη ή εξαγωγή του υπεύθυνου δοντιού, σχάση του αποστήματος, χορήγηση αντιβίωσης, εννύμηση και στενή παρακολούθηση του ασθενή και παραπομπή του στο νοσοκομείο όταν υπάρχει επέκταση του αποστήματος, επιβαρημένο ιστορικό, και κλινικά σημεία, όπως πυρετός, δυσκαταποσία, τρισμός, αδυναμία λήψης τροφής, αναπνευστική δυσχέρεια κλπ, ή όταν πρόκειται για επικίνδυνα αποστήματα, όπως το οπίσθιο άνω γναθιαίο, του κυνικού βόθρου, το υπογνάθιο, το πηλαγοφαρυγγικό κλπ. Στην εργασία παρουσιάζεται η εμπειρία των συγγραφέων από την αντιμετώπιση ασθενών με οδοντοφατνιακά αποστήματα, και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση των ασθενών με οδοντοφατνιακά αποστήματα από το γενικό οδοντίατρο και τα κριτήρια παραπομπής στο νοσοκομείο.

37

## ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΕΡΗΔΟΝΑ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΗΣ.

Παμφιλίδης Κ.\*, Καλαϊτζή Ε.

Κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας, αυξάνεται σημαντικά ο τερηδονικός κίνδυνος γύρω από τα ορθοδοντικά ακίνητα μηχανήματα. Οι αρχόμενες τερηδόνες που εμφανίζονται, δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην αισθητική του χαμόγελου, γι αυτό η πρόληψη, αποτελεί ένα σημαντικό όπλο για το σύγχρονο κλινικό. Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η αναζήτηση των

σύγχρονων μέτρων πρόληψης κατά την ορθοδοντική θεραπεία και η αποτελεσματικότητά τους. Η μελέτη βασίστηκε σε έρευνα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Βρέθηκαν 30 άρθρα, εκ των οποίων 8 ήταν κλινικές μελέτες, 17 εργαστηριακές μελέτες, και 5 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Είναι πλέον τεκμηριωμένη η αύξηση της συγκέντρωσης μικροβιακής πλάκας στην περιοχή γύρω από τα ορ-

θοδοντικά ακίνητα μηχανήματα. Ο σύγχρονος κλινικός πρέπει να είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει μία σειρά μέτρων πρόληψης. Τα μέτρα αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, με βάση την απαίτηση συνεργασίας εκ μέρους του ασθενούς ή όχι, και είναι: (1) μέτρα κατ' οίκον πρόληψης (αποτελεσματικό και συχνό βούρτσισμα, χρήση στοματικών φθοριούχων διαλυμάτων και gel, καθορισμός της δίαιτας του ασθενούς) και (2) πρόληψη στο ιατρείο, που δεν απαιτεί την προσωπική φροντίδα του ασθενούς (χρήση κονιών συγκόλλησης

και ορθοδοντικών ελαστικών που απελευθερώνουν φθόριο, sealants, διατήρηση αποτελέσματος). Συμπερασματικά, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ορθοδοντική θεραπεία είναι υψηλού τερηδονικού κινδύνου και χρειάζονται εξατομικευμένο προληπτικό πρόγραμμα, τόσο για την κατ' οίκον φροντίδα (ενεργητική πρόληψη), όσο και για την πρόληψη στο οδοντιατρείο (παθητική πρόληψη), με επιλογή κατάλληλων ορθοδοντικών υλικών αληθιά και τακτικών επανελέγχων.

38

## ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ, ΣΥΝΔΥΑΖΟΝΤΑΣ ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ.

Παπασωτηρίου Ο.

Η αισθητική οδοντιατρική στοχεύει στη διόρθωση του σχήματος, του χρώματος και της θέσης των δοντιών και στην αποκατάσταση της συμμετρίας και της αρμονικής εικόνας στο χαμόγελο. Νέες τεχνικές και υλικά δίνουν στο σύγχρονο οδοντίατρο τα εφόδια, με τα οποία αυτός είναι σε θέση να αποκαθιστά με συντηρητικό τρόπο αισθητικά απαιτητικές περιπτώσεις. Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής είναι η παρουσίαση μέσω κλινικών περιπτώσεων, των σύγχρονων αισθητικών τεχνικών, όπως η λεύκανση, οι άμεσες επικαλύψεις με σύνθετες ρητίνες και τα έμμεσα ολθοκεραμικά συστήματα. Στην εργασία παρουσιάζονται βήμα βήμα τα θεραπευτικά σχήματα που δόθηκαν σε χαρακτηριστικές κλινικές περιπτώσεις. Από τα συνθέστερα αισθητικά προβλήματα της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης είναι τα μεσοδόντια διαστήματα, μεμονωμένα ή πολλαπλά, η διόρθωση των οποίων παρουσιάζεται στην εργασία αυτή με άμεσες επικαλύψεις συνθέτων ρητινών. Στην περίπτωση μονόπλευρης ανοικτής δήξης, όπου φαίνεται έντονα η ασυμμετρία της θέσης των δοντιών στο οδοντικό τόξο, συνδυάζονται επικα-

λύψεις με σύνθετες ρητίνες και επιμήκυνση κλινικής μύλης, με αποτέλεσμα να αποκαθίσταται η εικόνα της συμμετρίας στον οδοντικό φραγμό. Η δυσχρωμία των δοντιών οφείλεται σε παράγοντες όπως η τερηδόνα, τα παλαιότερα εμφρακτικά υλικά, ο τραυματισμός στην κλινική μύλη καθώς και η ενδοδοντική θεραπεία. Ο βαθμός δυσκολίας της περίπτωσης καθορίζει και το θεραπευτικό σχήμα που θα τηρηθεί. Η λεύκανση δοντιών στο ιατρείο και στο σπίτι αντιμετωπίζει με επιτυχία ήπιες μορφές δυσχρωμίας. Η αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών όμως, συχνά απαιτεί πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο. Στις περιπτώσεις αυτές ο συνδυασμός εσωτερικής λεύκανσης και στη συνέχεια η ολική κάλυψη της κλινικής μύλης με ολθοκεραμικά συστήματα φέρνει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Συμπεραίνεται ότι για τη συντηρητική προσέγγιση αισθητικών περιστατικών μπορούν να συνδυαστούν τεχνικές, όπως η λεύκανση, οι επικαλύψεις με σύνθετες ρητίνες και τα ολθοκεραμικά συστήματα και να επιτευχθούν προβλεψίμα αποτελέσματα.

39

**ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ.**

Σαπουνάκης Κ.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο των «δυτικών» κοινωνιών. Αποτέλεσμα αυτής της γήρανσης είναι η αύξηση του επιπολασμού ορισμένων ασθενειών. Ίσως η κυριότερη από αυτές τις παθήσεις είναι η οστεοπόρωση. Ο αριθμός των ατόμων που νοσούν, αλλιά και των υποψήφιων να εμφανίσουν συνέπειες της νόσου, είναι ιδιαίτερα σημαντικός και αφορά περίπου στις μισές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις είναι τεράστιες και η νόσος χαρακτηρίζεται ως μάστιγα. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της οστεοπόρωσης είναι πολλά, τα κυριότερα των οποίων συγκαταλέγονται στην ομάδα των διφωσφονικών. Η μεγάλη αποτελεσματικότητά τους, η εύκολη αποφυγή των ανεπιθύμητων ενεργειών τους και κυρίως ο απλός τρό-

πος λήψης τους, τα τοποθετούν στην κορυφή των θεραπευτικών επιλογών. Αυτά, σε συνδυασμό με την επιδότησή τους από το κρατικό σύστημα υγείας, έχουν εκτινάξει τις πωλήσεις τους και είναι ουσίες μαζικής κατανάλωσης, με θέση στη λίστα των 100 συνταγογραφούμενων σκευασμάτων ανεξαρτήτως παθολογίας. Τα διφωσφονικά χρησιμοποιούνται και για άλλους θεραπευτικούς σκοπούς (οστεολυτικές μεταστάσεις, νόσος Paget, ατελής οστεογένεση, υπερασβεστιαμία, πολήλαπλούν μυέλωμα), αλλιά ο τομέας της οστεοπόρωσης κατέχει το μεγαλύτερο μέρος στη χρήση τους. Η καλή γνώση της συνταγογράφησης και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους είναι απαραίτητη για να εξαλειφθούν τυχόν προβλήματα που προκύπτουν από την ευρύτατη χρήση τους.

40

**ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ.**

Πάτρας Μ., Μπεσίρη Ε.\*, Συκαράς Ν.

Αν και οι περιπτώσεις ολικής νωδότητας έχουν στις ημέρες μας ελαττωθεί σημαντικά, η αύξηση των ορίων ηλικίας και η ανάγκη για αντικατάσταση παλαιότερων εργασιών, θα οδηγήσει στην κατασκευή ολοένα και περισσότερων ολικών οδοντοστοιχιών στο μέλλον. Παρά την επάρκεια όμως της βιβλιογραφικής γνώσης για τις αισθητικές αναλογίες, τα κριτήρια επιλογής των δοντιών και τον τρόπο σύνταξής τους, φαντάζει οξύμωρο το γεγονός ότι πολλές οδοντοστοιχίες που χρησιμοποιούνται καθημερινά, δεν χαρακτηρίζονται από αισθητική εμφάνιση. Ακόμη δε και ένα μη εκπαιδευμένο μάτι μπορεί να τις αναγνωρίσει, λόγω της μονότονης εικόνας τους ή της κακότεχνης

μορφής τους. Το γεγονός αυτό γεννά προβληματισμούς, δεδομένου ότι σήμερα πολλοί ασθενείς επιθυμούν την αντικατάσταση των οδοντοστοιχιών τους από άλλες αισθητικότερες, και ότι η ικανοποίηση αυτής της παραμέτρου συμβάλλει στη γρηγορότερη και ευκολότερη αποδοχή και ενσωμάτωση της προσθετικής εργασίας. Η δυνατότητα αναπαραγωγής του φυσικού, που είναι και το ζητούμενο, επιτυγχάνεται μόνο με τη βοήθεια της εξατομικευμένης σύνταξης των δοντιών, σε αρμονική σχέση με τα εξωτερικά χαρακτηριστικά του προσώπου, την προσωπικότητα και τις αισθητικές απαιτήσεις του ασθενή. Η παρέμβαση στα τεχνητά δόντια και η απόδοση εξατομικευ-

μένων χαρακτηριστικών γήρανσης, δημιουργούν την εντύπωση ενός φυσικού φραγμού. Τέτοιες προσθετικές εργασίες ενσωματώνονται αρμονικά στο συνολικό περίγραμμα του προσώπου και προσδίδουν αξιοπρέπεια στον ασθενή, που διαισθάνεται τη σιγουριά ότι δεν αναγνωρίζεται ως νωδός από το περιβάλλον του. Σκοπός της εργασίας είναι να παρατεθούν οι παράμετροι εκεί-

νες που συντελούν στην κατασκευή αισθητικών οδοντοστοιχιών, μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. Παράλληλα, παρουσιάζεται ένα εύρος παρεμβάσεων και τροποποιήσεων για την κατασκευή εξατομικευμένων ολικών οδοντοστοιχιών, με έμφαση στις παραμέτρους εκείνες που ενισχύουν τη φυσικότητα στην εμφάνισή τους.

41

## ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΣΥΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΡΗΤΙΝΗΣ.

Φιλντίση Φ.\*, Αλεκίδου Ο., Κρανιάς Ν.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Ακίνητοποίηση ορίζεται η με μηχανικά μέσα άρση της κλινικά ανιχνεύσιμης κινητικότητας. Η ακίνητοποίηση των δοντιών με κλινικά ανιχνεύσιμη κινητικότητα, αποτελεί μία θεραπευτική λύση, που από τη μία πλευρά κυρίως προσφέρει στον ασθενή αίσθημα άνεσης κατά τη μάσηση, και από την άλλη επιτρέπει στο θέραποντα να ασκήσει μεγαλύτερες δυνάμεις κατά την ενεργό φάση της θεραπείας του περιοδοντίου και να εξασφαλίσει σταθερότητα ιστών κατά την επούλωση. Οι ακίνητοποιήσεις, ως προς το χρόνο παραμονής τους διακρίνονται στις προσωρινές, τις ημιμόνιμες και τις μόνιμες, ενώ ως προς τη μέθοδο κατασκευής τους, στις ενδομυϊκές και τις εξωμυϊκές. Ανεξάρτητα από τη μέθοδο εφαρμογής της, η ακίνητοποίηση πρέπει να τηρεί ορισμένες προϋποθέσεις για μία λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτή αποκατάσταση με σεβασμό στην υγεία των περιοδοντικών ιστών. Θα πρέπει να εφαρμόζεται με τη μικρότερη δυνατή απώλεια οδοντικών ιστών,

να μην ασκεί δυνάμεις έλξεις, να μην παρεμβαίνει στη σύγκληση, να μην δρα ερεθιστικά στους ιστούς, να μην αποφράσσει τα μεσοδόντια διαστήματα, επιτρέποντας έτσι την εφαρμογή της στοματικής υγιεινής από τον ασθενή, και να είναι απλή και οικονομική ως προς την κατασκευή και επισκευή της. Όσον αφορά στα πρόσθια δόντια, στα οποία η αισθητική αποτελεί μία επιπλέον προϋπόθεση, έχουν προταθεί συστήματα ακίνητοποίησης που περιλαμβάνουν τη χρήση νημάτων υαλοβάμβακα και σύνθετης ρητίνης και τη χρήση ορθοδοντικού σύρματος και σύνθετης ρητίνης. Η παρούσα εργασία αφορά στην παρουσίαση ακίνητοποίησης προσθίων δοντιών με τη χρήση ορθοδοντικού σύρματος και σύνθετης ρητίνης κατά στάδια, αναφορά στα υλικά και στον τρόπο τοποθέτησής τους, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα σημεία που αφορούν στην εξασφάλιση της δυνατότητας για εφαρμογή σωστής στοματικής υγιεινής από τον ασθενή.

42

## ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΘΗΤΩΝ Α΄ ΛΥΚΕΙΟΥ ΒΑΡΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ.

Ποθυμενάκου Μ., Καραϊνδρου Α.\*, Γιαλλεδάκη Κ.  
Από το Κέντρο Υγείας Βάρης Αττικής

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της κατάστασης της στοματικής υγείας των μαθητών

της πρώτης τάξης Λυκείου, της περιοχής Βάρης Αττικής. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκαν μαθητές

Λυκείων της Βάρης, ηλικίας 15 ετών. Ο συνολικός αριθμός των μαθητών ήταν 108. Το 92,2% των μαθητών ήταν Έλληνες και οι αθλοδραποί αποτελούσαν το 7,8%. Μετρήθηκαν οι δείκτες τερηδονικής προσβολής (DMFT) και αναγκών (UTN), εξετάστηκε η ύπαρξη ουλίτιδας και τρυγίας, η παρουσία ορθοδοντικού προβλήματος, η προηγούμενη ορθοδοντική θεραπεία, η ύπαρξη καταγμάτων στους άνω κεντρικούς τομείς. Η εξέταση έγινε από έναν εξεταστή, με κάτοπτρο και ανιχνευτήρα κάτω από φυσικό φως. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το πακέτο SPSS ver. 10. Όσον αφορά στα αποτελέσματα, ο δείκτης DMFT ήταν 3,84, ο D 2,24, ο M 0,05, ο F 1,55. Κάταγμα στους άνω κεντρικούς τομείς παρατηρήθηκε σε ποσοστό 2,9%, ορθοδοντικό πρόβλη-

μα είχε το 19,4% των μαθητών, ορθοδοντική θεραπεία έκανε το 7,8%, ουλίτιδα παρουσίαζε το 5,8%, τρυγία είχε το 9,7%. Ο δείκτης αναγκών UTN ήταν 59,10%. Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί πολλές επιδημιολογικές μελέτες. Σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας η μέση τιμή DMFT σε παιδιά 15 ετών ήταν 3,14 (2002-2003). Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η τερηδόνα παρουσίασε σημαντική μείωση στις εξεταζόμενες ηλικίες, σε σχέση με εκείνη των αντιστοιχών ηλικιών σε μελέτες της χρονικής περιόδου 1990-92. Ακόμα και σήμερα όμως, ο δείκτης είναι πολύ υψηλός σε σχέση με την Αμερική και πολλές χώρες της Ευρώπης. Επομένως, είναι απαραίτητο να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες πρόληψης.

## 43

## ΤΟ ΜΗΚΟΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ, ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ.

Ζαμπέλης Α.\*, Γεωργιόπουλος Π.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών (ΣΕΜΦΕ)

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα είναι μία καλά τεκμηριωμένη μέθοδος αντιμετώπισης της μερικής ή ολικής νωδότητας. Στη διάθεση του κλινικού υπάρχει πληθώρα τύπων εμφυτευμάτων με διαφορετικά γεωμετρικά χαρακτηριστικά, όπως μήκος, διάμετρος, σχήμα (κυλινδρικά, ριζόμορφα) και επιφάνειες. Η χρήση εμφυτευμάτων με μεγάλο μήκος και διάμετρο, συχνά προτείνεται ως εμβιομηχανικά ορθή λύση για την αντιμετώπιση της υπερφόρτισης (overload) και την πρόληψη αποτυχιών. Η κλινική βιβλιογραφία τείνει προς το συμπέρασμα ότι τα γεωμετρικά χαρακτηριστικά είναι ήσσονος σημασίας για τη διατήρηση της οστεοενσωμάτωσης. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από κάποιες πειραματικές μελέτες, χωρίς όμως να

έχει επιτευχθεί μέχρι στιγμής επιστημονική ομοφωνία. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται σύνοψη της κλινικής και πειραματικής βιβλιογραφίας όσον αφορά στα γεωμετρικά χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων (μήκος, διάμετρος), γενικές αρχές εμβιομηχανικής και ανάλυσης πεπερασμένων στοιχείων, ακολουθούμενες από τα ευρήματα της εφαρμογής μαθηματικών μοντέλων στο ρόλο του μήκους και της διαμέτρου των εμφυτευμάτων στην κατανομή τάσεων στο στερικτικό οστό. Παρουσιάζονται επίσης, στοιχεία από τη σύγκριση πολλαπλών ακίνητα συνδεδεμένων εμφυτευμάτων προς μονήρη εμφυτεύματα και την εμβιομηχανική συμπεριφορά τους.

44

## ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Καθαμάτας Β.

Οι μόνιμοι κυνόδοντες που δεν καταφέρνουν να ανατεθούν στο στόμα, παραμένουν έγκλειστοι σε διάφορες θέσεις εντός του οστού των γνάθων. Εάν η θέση τους το επιτρέπει, τα δόντια αυτά αποκαλύπτονται χειρουργικά και έλκονται ορθοδοντικά, μέχρι να καταλάβουν τη θέση που τους αντιστοιχεί στο οδοντικό τόξο. Η ακριβής εφαρμογή ενός οργανωμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου είναι αποφασιστικής σημασίας για την επιτυχημένη και χωρίς απρόοπτα μετακίνηση του δοντιού στην τελική του θέση. Αρχικά πραγματοποιείται ακτινογραφικά λεπτομερής εντοπισμός της θέσης του εγκλείστου, γίνεται προετοιμασία της στήριξης, και διάνοιξη και διατήρηση του χώρου στο τόξο. Η επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής αποκόλλησης (ανοικτή, κλει-

στή ή ακρορριζικά μετατοπιζόμενου κρημνού), προσδιορίζεται από την επαρκή ποσότητα μαλακών ιστών η οποία θα πρέπει να περιβάλλει τον κυνόδοντα. Ακολουθεί η σχεδίαση της κατάλληλης εμβιομηχανικής τεχνικής έλξης και η κατασκευή του ελατηρίου. Μετά την ανατολή του δοντιού, γίνονται οι τελικές ρυθμίσεις και η μετακίνηση του δοντιού στην τελική του θέση. Πρόνοια πρέπει να λαμβάνεται για τη συγκράτηση της σωστής του θέσης στο τόξο. Ο ακτινογραφικός έλεγχος είναι πρωτεύουσας σημασίας, τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της διαδικασίας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τρεις κλινικές περιπτώσεις, στις οποίες αναλύεται η ορθοδοντική ανατολή τριών εγκλείστων άνω κυνοδόντων σε εφήβους ασθενείς.

45

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΙΙης ΟΜΑΔΑΣ ΜΕ ΑΜΕΣΗ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗ.

Μπεσίρη Ε.\*, Πέτρου Μ., Πάτρας Μ., Δουκουδάκης Σ.

Η σημαντική πρόοδος στον τομέα των οδοντιατρικών εργαλείων, των μεθόδων και των υλικών αποκατάστασης που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια, καθώς και οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, έδωσαν την ώθηση για την επικράτηση των αισθητικών αποκαταστάσεων στην επανορθωτική οδοντιατρική. Ανάμεσά τους, οι κοιλιότητες ΙΙης ομάδας αποτελούν καθημερινή πρόκληση για κάθε κλινικό οδοντίατρο. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή διαμόρφωσή τους αποτελούν η σωστή μασητική μορφολογία, η απόδοση ανατομικότητας στην όμορη επιφάνεια και η επίτευξη ικανοποιητικής επιφάνειας επαφής. Για την αποκατάσταση των ομορομαστικών κοιλοτήτων χρησιμοποιούνται η άμεση ή η

έμμεση τεχνική, η επιλογή της οποίας καθορίζεται από τις διαστάσεις και τα όρια της κοιλιότητας, το μέγεθος και τον αριθμό των αποκαταστάσεων, καθώς και από τη θέση του δοντιού στο φραγμό. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τις βασικές παραμέτρους που θα οδηγήσουν τον κλινικό στην επιλογή της χρήσης καταλληλότερης τεχνικής για την αποκατάσταση κοιλοτήτων ΙΙης ομάδας, μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. Παράλληλα, αξιολογούνται σε κάθε περίπτωση, οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις, καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Σήμερα, τα πολυμερή υλικά δίνουν πολλές δυνατότητες στον κλινικό οδοντίατρο και αποδίδουν αποκαταστάσεις υψηλής αισθητικής και μακρο-

χρόνιας πρόγνωσης. Η επιλογή της τεχνικής και του τρόπου αποκατάστασης μίας κοιλότητας, εξαρτώνται άμεσα από τις ιδιαιτερότητες της τελει-

ταίας, τις γνώσεις και τις δυνατότητες του κλινικού οδοντίατρου.

46

## ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΡΗΤΙΝΕΣ, ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ.

Αθελίδου Ο.\*, Φιλντίση Φ., Κρανιάς Ν.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του οδοντικού φραγμού αποτελεί για τον οδοντίατρο μία καθημερινή κλινική πράξη. Όταν όμως η αποκατάσταση αφορά σε πρόσθια δόντια, είναι δεδομένο ότι οι απαιτήσεις τόσο από τον ασθενή όσο και από τον οδοντίατρο, για την αισθητική του χαμόγελου είναι μεγάλες. Οι σύνθετες ρητίνες αποτελούν το υλικό επιλογής για τον οδοντίατρο, όταν η αποκατάσταση αφορά σε περιπτώσεις όπως κατάγματα μύλης και εκτεταμένες εμφράξεις προσθίων δοντιών. Οι συχνότεροι προβληματισμοί του κλινικού οδοντίατρου σε ανασυστάσεις προσθίων δοντιών με σύνθετες ρητίνες, αφορούν κυρίως στη μορφολογική και χρωματική απόδοση των σύνθετων ρητινών ως προς τους εναπομείναντες οδοντικούς ιστούς. Η διαμόρφωση και λείανση των τελικών αποκαταστάσεων, που γίνονται με την αφαίρεση στρωμάτων σύνθετης ρητίνης, συχνά μεταβάλλουν το τελικό χρώμα, δημιουργώντας γκριζάρισμα και διαφάνεια εκεί όπου μειώνεται το πάχος της ανασύστασης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσχρωμικών αποκαταστάσεων, ενώ η μορφολογική απόδοση δυσκολεύει και προβληματίζει όταν οι ανασυστάσεις είναι εκτεταμένες και αφορούν σε περισσότερα από ένα δόντια συνεχόμενα στον

οδοντικό φραγμό. Κατά καιρούς έχουν προταθεί πολλές τεχνικές ανασύστασης προσθίων δοντιών, οι οποίες δεν ήταν πάντα δόκιμες, αληθές και τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα και προβλέψιμα. Η ανασύσταση προσθίων δοντιών με σύνθετες ρητίνες με τη μέθοδο της μήτρας σιλικόνης, αποτελεί μία σοβαρή προσέγγιση, ικανή να λύσει τους προβληματισμούς του κλινικού οδοντίατρου. Η μέθοδος αυτή αφορά στην κατασκευή μίας μήτρας από σιλικόνη του προς αποκατάσταση δοντιού, μετά την τελική διαμόρφωση του ως προς το σχήμα και μέγεθός του σε ένα εκμαγείο μελέτης. Ακολουθεί η τοποθέτηση των στρωμάτων της σύνθετης ρητίνης με οδηγό πλέον τη μήτρα σιλικόνης. Η μήτρα σιλικόνης δίνει έτσι τη δυνατότητα στον οδοντίατρο του ελέγχου ως προς τη διαστρωματική τοποθέτηση της σύνθετης ρητίνης και την τελική χρωματική και μορφολογική απόδοση της αποκατάστασης. Στην παρούσα εργασία, μέσω κλινικών περιπτώσεων θα παρουσιαστεί η ανασύσταση προσθίων δοντιών με τη μέθοδο της μήτρας σιλικόνης, μία μέθοδο που προσφέρει στον οδοντίατρο προβλέψιμα αποτελέσματα και στον ασθενή ένα όμορφο αισθητικό χαμόγελο.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

<b>A</b>		Κάσσεμ Ι.	16	Παπαδημόπουλος Δ.	3
Αγγελιάκου Θ.	1	Κατσώνη Ε.	27	Παπαδόπουλος Τ.	21
Αθελκίδου Ο.	41, 46	Κέντρου Χ.	21	Παπαδοπούλου Χ.	16
Αντωνίου Α.	19	Κληρονόμου Ι.	16	Παπανικολάου Γ.	21
Αρεταίου Π.	25	Κοκκολιάκης Ι.	26	Παπασωτηρίου Ο.	38
Αχιλλιάδελης Α.	14	Κολλοκούδια Μ.	16	Παραρά Ε.	9
		Κολλόμβος Ν.	29	Πατούχας Α.	15
<b>B</b>		Κουτσούκος Ι.	12	Πάτρας Μ.	40, 45
Βοργιοπούλου Γ.	23, 30, 36	Κρασιάς Ν.	41, 46	Παυλίδου Ε.	7, 25
Βουγιουκλάκη Μ.	34	Κριθιώτης Ν.	10	Πέτρου Μ.	45
		Κυρίτση Α.	15	Πιτσάκης Ι.	13
<b>Γ</b>		Κυρίτση Μ.	15	Πολίτης Θ.	1
Γαβριήλ Σ.	23, 30, 36	Κώτση Λ.	6	Ποθυμενάκου Μ.	42
Γεωργιόπουλος Π.	22, 43			Πουλιακάκης Χ.	17
Γεωργίου Ε.	27	<b>Λ</b>		Πούλιας Ε.	5
Γιατζής Σ.	35	Λαμπράκης Δ.	17	Προύντζος Ν.	9
Γιακουμάκης Ε.	27	Λάμπρου Γ.	15		
Γιαθεδάκη Κ.	42	Λούμου Π.	23, 30, 36	<b>Σ</b>	
Γιαννάκης Γ.	8			Σάββας Γ.	25
Γκρίτζαλης Π.	27	<b>M</b>		Σαπουνάκης Κ.	39
Γρηγοράκης Γ.	31	Μακρής Χ.	4	Σηφακάκη Μ.	29
		Μαθαγάρης Σ.	8	Σιώχος Κ.	5, 11
<b>Δ</b>		Μάρκου Κ.	33	Σοηδάτος Ν.	11
Δημάκου Π.	18	Μαρουδιάς Ν.	6, 7, 25, 26	Σπάθης Π.	32
Δήμου Ν.	3	Μαυρογιάννης Σ.	17	Στεφανιώτης Θ.	28
Διαμαντή Σ.	4	Μέγας Β.	7, 25	Στεφάνου Ε.	27
Δοντά Α.	28	Μελακόπουλος Ι.	5, 11, 31, 35	Στυλιανού Α.	19
Δουκουδάκης Σ.	45	Μεσσίνη Μ.	10, 12	Συκαράς Ν.	40
		Μιχελιόγγονα Π.	18		
<b>Z</b>		Μούντριχα Α.	6, 7	<b>T</b>	
Ζαμπέλης Α.	22, 24, 43	Μπάγκος Π.	3	Thuau Η.	35
Ζανάκης Σ.	6, 26	Μπαϊράμη Β.	21	Τζέρμπος Φ.	14, 15, 16, 17, 18, 19
Ζερβού-Βάβη Φ.	12	Μπεσίρη Ε.	40, 45	Τζουανάκη Α.	19
Ζούμπος Δ.	31	Μπούρας Ε.Α.	10	Τρικαλιώτης Β.	15
Ζώταλης Ν.	6, 7, 25, 26	Μπούρας Θ.	10	Τσιχλάκης Κ.	28
		Μώκος Κ.	1		
<b>K</b>				<b>Φ</b>	
Καζάνα Ε.	28	<b>N</b>		Φαίππια Μ.	23, 30, 36
Καθαϊτζή Ε.	2, 37	Νικολόπουλος Γ.	3	Φάκλιαρης Ι.	4
Καθαμάτας Β.	34, 44	Νικολοπούλου Β.	14	Φιλιντίση Φ.	41, 46
Καθιέντζης Σ.	26				
Καητσάς Ε.	6	<b>Π</b>		<b>X</b>	
Καμπέρου Μ.	14	Παγόπουλος Γ.	20	Χαμόδρακας Σ.	3
Καραϊνδρου Α.	12, 42	Παγόπουλος Μ.	20	Χατζηπανώρια Γ.	14
Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.	9, 29	Παμφιλίδης Κ.	2, 37	Χούπης Κ.	31